العلاج النفسي الحديث قوة للانسان

د. عبدالستار ابراهيم

استاذ في علم النفس



١٩٨٣

الناشر

مكتبة مدبولي

القاهرة

« في يقيني أن موقع علماء النفس في عالم اليوم من أهم المواقع وأحسمها على الاطلاق. أؤكد هذا لأن كل المعضلات التي تواجه البشرية اليوم من حرب وسلام، ونظام وفوضى، واستغلال وتآخ، وفهم وسوء فهم، وسعادة وشقاء، وحب وكراهية - جميعها يكمن حلها في ضوء فهم الطبيعة البشرية فهماً جيداً. وإلى هذا الهدف تتجه وظيفة علم النفس بكامله وبذاته ».

« ماسلو »

العلاج النفسي الحديث

قوة للانسان

دار الفارابي
بيروت ـ ص. ب. ٣١٨١
الطبعة الثانية ١٩٨٣

مكتبة مدبولي
(١٤) شارع طلعت حرب
ـ القاهرة.

تمهيد

أتيح لكاتب هذه السطور السفر للولايات المتحدة في سنة ١٩٧٤ في زيارة علمية لجامعة ميشيجان للاطلاع على جوانب التقدم في دراسة الاضطرابات النفسية والعقلية، وفنون التطور في علاجها أو تعديلها. وهناك أمكن له بالفعل أن يلاحظ عن كثب ما يجري في العيادات النفسية الجامعية والمؤسسات العلاجية الخاصة والعامة. وقد ارتبطت ملاحظاتنا تلك - لحسن الحظ - بالتدريب المنظم على ممارسة العلاج النفسي والمساهمة في عدد لا بأس به من الندوات والمؤتمرات العلاجية المختلفة. ونعترف بأن ذلك غيَّر كثيراً من مفاهيمنا عن تعديل السلوك البشري واضطراباته، وزاد من ادراكنا لدور العلم والمعرفة التجريبية في اخضاع موضوع كان ولا يزال موطناً للخرافة والجهل والتدجيل.

وإذ كان الكاتب يلاحظ التغير الحثيث، والتطور في تصوراته عن عملية العلاج النفسي خلال تلك الأعوام الأربعة، كانت تطغي على ذهنه في كثير من الاحيان رغبة قوية في مشاركة القارىء العربي بعض الخبرات والاطلاعات المنظمة في هذا الميدان. ولم تكن تلك الرغبة صادرة عن هذا فحسب، بل كان هناك أيضاً احساس قوي بالمسئولية الاجتماعية تجاه أبناء هذا الوطن العربي سواء أكانوا من المتخصصين الذين يرغبون بقوة في العثور على نظرية علمية متماسكة ترشد خطاهم في التعامل مع ما يثيره السلوك البشري من مشكلات ملحة، أو كانوا من المواطنين العاديين الذين تتملكهم بين الحين والآخر ضروب وألوان من التعاسة والشقاء النفسي... ولكنهم يخطئون الطريق لأساليب ومناهج فعالة تساعدهم على مواجهة تحديات المرض النفسي لديهم ولدى من حولهم، وتكفيهم شر أفكار أسطورية عقيمة.

والحق أن حس المسئولية الاجتماعية قد ازداد أكثر فأكثر عندما أتيح للكاتب المجيء سنة ١٩٧٨ إلى أرض الوطن العربي من جديد للتدريس والاشراف على التدريب الاكلينيكي لطلاب وطالبات علم النفس بجامعة الكويت. وبالرغم من أننا لاحظنا حماساً شديداً للتفكير العلمي.. وقوة في بعض الاقلام التي تحاول أن تدعو في شجاعة أدبية واضحة لمزيد من التفكير العلمي والعقلانية في تناولنا لما تطرحه علينا الحياة بجوانبها المختلفة من تحديات ومشكلات، فلم يستطع هذا الحماس فيما يبدو أن يقضي على كثير من

الافكار الدارجة حول كثير من القضايا الاجتماعية والمشكلات ناهيك عن المرض النفسي والعلاج. إذ لم تزل نظرة كثير من المواطنين تعشش فيها كثير من الخرافات القديمة والمزاعم الخاطئـــة في تفسير المرض النفسي وعلاجـــه. وحـتى بـــين كثـــير من المختصين - ناهيك عن العامة - لا تزال نظرتهم للعلاج النفسي أشبه - في أحسن الاحوال - بما كان سائداً تاريخ العلاج النفسي منذ ١٥ أو ٢٠ سنة أو يزيد.

ويقيني أن كثيراً من هؤلاء لا يزالون يتصورون بأن العلاج النفسي تابع لمستقبل التطور في الطب، والعقاقير، وجوانب العلاج البيولوجي كجلسات الكهرباء وعمليات المخ الجراحية. وإذا كان هناك اعتراف بدور العلاج النفسي على الاطلاق فاذاً هو التحليل النفسي كما بلوره فرويد بشكله القديم القائم على التداعي الحر وتحليل العمليات اللاشعورية، وطفولة الانسان المبكرة وعقده وغرائزه.

ولا أزعم بالطبع أنه لا يوجد من المتخصصين وأصحاب الثقافة الجادة من لا يعرفون مثلاً بأن هناك تطورات في العلاج النفسي ومن لا يعرفون بأن هذه التطورات تأخذ سبيلاً مختلفاً تماماً عن الطب وعن التحليل النفسي الفرويدي. كل ما أزعمه أن هذه المعرفة لم تتحول بعد إلى نظرة علمية متماسكة تستطيع أن تواجه كثيراً من المزاعم الخاطئة في حركة العلاج النفسي وتعديل السلوك البشري. وهو أمر بالطبع يرجع في كثير من أجزائه لانعدام الكتابات العلمية في هذه الموضوعات تقريباً، كما يرجع - جزئياً إلى أن الالمام بالأساليب الحديثة في العلاج والتدريب عليها يعتبر شبه منعدم في مؤسسات الصحة العقلية والجامعات العربية.

هذا الكتاب إذاً كتب للمتخصص وغير - المتخصص. للمتخصص من حيث أنني حاولت أن أعرض فيه بعض جوانب التقدم في النظريات السيكلوجية الحديثة (نظرية التعلم بشكل خاص) في ميدان علاج اضطرابات السلوك البشري. ولهذا فقد حاولنا عند التعرض لأي منهج من العلاج أن نبين أولاً: أساسه العلمي وما وراءه من بحوث وتجارب، وأن نصف، ثانياً: وبتفصيل نسبي - طريقة تطبيق هذا المنهج، وأن نوضح ثالثاً أهم الدراسات والتجارب التي تثبت فاعلية هذا المنهج أو ذاك. وهي جوانب أعتقد من الضروري الالمام بها لمن يفكر في اتخاذ العلاج النفسي مهنة أو لمن يمارسه من الاطباء والمتخصصين في علم النفس والخدمة الاجتماعية. وكتبته أيضاً بطريقة آمل في أن لا تكون عسيرة على غير المتخصصين حتى تتحقق فائدته المزدوجة. فحاولت بقدر الامكان الابتعاد عن المصطلحات الفنية وعن أساليب البحث، والتجارب والاحصاءات إلا ما كان ضرورياً منها، وفي أضيق الحدود، مع استخدام كثير من الامثلة والحالات الشارحة.

ونميل إلى أن نطلق على الاسلوب العلاجي المتضمن في هذا الكتاب مصطلح « العلاج السلوكي »، أو « تعديل السلوك ». وهو المنهج الذي يعتمد في تناوله للسلوك المضطرب على أساس من نظرية التعلم. والمسلمة الرئيسية التي نسلم بها هي أن الانسان يتعلم أن يستجيب بطريقة شاذة لبيئته.. إلى أن يتحول هذا الشذوذ إلى عادة، وأسلوب حياة، نطلق عليه فيما بعد بحسب اتجاه هذا الشذوذ وأعراضه المصطلحات المختلفة للاضطرابات النفسية والعقلية*. ونؤمن بأن ما نتعلمه يمكن أن لا نتعلمه، أو أن نتعلم أساليب أفضل منه. صحيح أن الوراثة والعوامل البيولوجية قد تتدخل أحياناً في سلوك البشر وتوجهه لغايات غير مرغوبة. لكننا نعتقد أن وجود الوراثة أو العوامل البيولوجية لا يعني بأن العلاج أو تعديل السلوك شيء مستحيل.. فتحت نفس الاستعدادات الوراثية يمكن لشخص أن ينمي جوانب من السلوك المرغوبة، ويمكن لشخص آخر أن يتجه لغايات سيئة. وهدف العلاج السلوكي هو أن يوجه السلوك بغض النظر عن مسبباته وراثية، أو اجتماعية - إلى وجهات مقبولة ومرغوبة وتحقق للفرد ولمن حوله بعض السعادة في ظروف أصبح من العسير على الناس أن يسعدوا أنفسهم أو أن يتسامحوا مع سعادة الآخرين.

وسنجد أن كل الاساليب التي سنعرض لها تقريباً تتجه نحو إزالة الاعراض المرضية والقضاء عليها.. تلك الاعراض التي ننظر إليها بصفة عامة - كما أشرنا توا - على أنها نوع من السلوك غير المتوافق الذي يمكن ملاحظته وبالتالي يمكن ضبطه.. أو استبداله.. أو توجيهه وجهات بناءة. بعبارة أخرى، فإن مناهج العلاج السلوكي الحديث تؤمن بأن العرض المرضي الذي يشكو منه المريض هو الجدير بالعلاج وليس ما وراءه من اضطرابات، إن كانت وراءه اضطرابات أخرى.

ونجد من الواجب علينا - لكي تتضح - قيمة هذا التطور في حركة العلاج النفسي الحديث - أن نكشف عن النظرة التي اعتاد الناس أن ينظروا بها إلى معاناة البشرية من الامراض النفسية والعقلية على مر التاريخ. فلم تكن مشكلة معاناة البشرية من تلك الاضطرابات مسألة هينة.. فلقد شغلت الناس منذ القدم، كما لا تزال تشغلنا الآن.. وحاولوا أن يفسروها كما نحاول الآن. وجاهدوا لعلاجها كما نجاهد الآن.. ووضعوا تصنيفات وأنواعاً لها، تماماً كما يحاول الأطباء النفسيون الآن.. ولكن الفرق الوحيد بيننا وبينهم يبدو في الكيفية التي تناولوا بها هذه الاضطرابات، والكيفية التي حاولوا بها

* إذا ما اعتاد الانسان على مواجهة مواقف مختلفة بطريقة مبالغ فيها انفعاليا قلنا بأنه يعاني من مخاوف وقلق، أما إذا اعتاد الانسان على مواجهة نفس المواقف بصورة غير المكترث، أو الحزين دائماً وصفناه بالاكتئاب. ونقول عنه بأنه «فصامي» إذا ما كانت استجاباته لتلك المواقف مشوهة وغير واقعية.

إخضاعها للعلاج والضبط.. ولا شك أن سياحة بسيطة في تاريخ العلاج النفسي ستمنحنا بصيرة محمودة بما نحن عليه الآن، وبما يجب أن تتجه له خطواتنا التالية.. وفي المستقبل.

نظرة الانسان القديم للأمراض النفسية:

لقد كان الاعتقاد الشائع في العصور القديمة أن المرض النفسي أو السلوك المضطرب والشاذ نتاج لعوامل غامضة قادرة على أن تؤثر في الانسان تأثيراً ملحوظاً. وقد تفاوتت أسماء هذه العوامل من فترة إلى فترة بحسب بعض الارتباطات الخاصة بالتطور البيئي.. ولكن مهما اختلفت المسميات فإنها اتفقت بشكل عام على وجود أرواح أو شياطين لها القدرة على أن تلج الجسم البشري وتسيطر عليه على نحو ما. فإذا كانت تلك الارواح خيرة فانها توجه تصرفات الانسان وجهات إيجابية، أما إن كانت خبيثة فهي توجهه نفسياً وجسمياً وجهات سلبية فيتكون المرض الجسمي والنفسي[1]* .

وهناك ما يثبت أن الانسان القديم لم يكتف بالإيمان بالأرواح الخبيثة.. بل حاول أن يفعل شيئاً لاستعبادها والسيطرة عليها.

أما ظهور الحضارة المصرية الفرعونية القديمة فلا يبدو أنه أتى بتغيُّر جوهري في الربط ما بين المرض النفسي والارواح الخبيثة. فإذا عدنا إلى التعاويذ التي بقيت منذ أيام الفراعنة لوجدنا إحداها، فيما يلاحظ الدكتور عبد المحسن صالح[2]، تطلب من الآلهة صراحة التدخل لطرد الارواح الشريرة، وتبدأ إحداها هكذا «السلام عليك يا حورس.. يا أيها الموجود في بلاد المئات، يا حاد القرنين، يا بالغ الهدف، إني قصدتك لأمدح جمالك، ألا فلتقض على الشيطان الذي يتلبس جسدي».

ولم يكن الاغريق القدامى أحسن حظاً في تصورهم للأمراض النفسية وعلاجها.. فقد تبنوا أفكارا مماثلة عن السحر.. ولو أنها كانت أكثر تطرفاً.. إذ كان الموت جزاء من تحل به تلك الارواح. ولا شك أن ما يحمله لنا التاريخ من معاملات شاذة كان يلقاها المرضى النفسيون كالسجن والحرق، والعقاب الوحشي كان من بين المآسي التي تركتها لنا هذه الآراء الخاطئة، والتفكيرات الخرافية القديمة.

قد يقال أن هذه مرحلة ولت وانتهت. وهذا صحيح جزئياً.. فلم يعد المريض النفسي منذ حركات الاصلاح الاجتماعي يلقى بالسلاسل بمعزل عن الآخرين.. ولم يعد يحرق أو يقتل كما كان، بل إن الدول أصبحت ترصد الآن الملايين من الدولارات كل عام للبحث

* الأرقام تشير إلى أرقام المراجع في نهاية كل فصل.

عن قوانين الصحة العقلية وضبط اضطرابات السلوك البشري، ومحاولات البحث عن وسائل تعيد ارتباطهم بالواقع ارتباطاً إيجابياً وفعالاً. ويتم ذلك بتطور حثيث منذ حركات الاصلاح الاجتماعي في أواخر القرن الثامن عشر وأوائل القرن التاسع عشر، وما صحب ذلك من تغيير عميق في اتجاه الناس نحو الامراض النفسية والعقلية. لكننا نستطيع الحكم - عن يقين - بأن بعض آثار هذا التفكير لا تزال تسود أفكار العامة وكثيراً من أفكار المثقفين في مجتمعاتنا العربية بشكل خاص وتحت أفكار مثل الطالع ومس الجن وعين الحسود، والعمل السحري وغيرها. كما لا يزال العامة في كثير من القرى العربية يواجهون تلك الاضطرابات بوسائل لا يبدو أنها تختلف عما كان يشيع منذ ألف وثمانمائة عام أو يزيد. فالتمائم أو الشعائر، والزار، وبعض خرافات الطب الشعبي.. كلها وغيرها نماذج تبدو لمن يمعن النظر فيها بعين فاحصة نتاج لاسلوب قديم موغل في القدم ولم يعد له مكان إلا في الاساطير.

من العلاج بالشعوذة إلى العلاج العضوي:

يبدو - مع ذلك - بأن تفكير القدامى وما انطوى عليه من خرافة قد ساعد بشكل ما على تبلور مرحلة من التطور في علاج الامراض النفسية. فانتباه القدامى للجمجمة والرأس على أنها موطن الشياطين والجن في حالة المرضى العقليين كان فيما يبدو موحياً بالانتقال إلى دراسة تلك الاضطرابات بربطها بالمخ تحت انتشار الطب العضوي.

ومهما يكن من أمر، فإن فكرة الشياطين والجن التي تلج الجسم الانساني وتتخلله لتنفث فيه الشر والاضطراب لم تعد ترضي ما توصل إليه التفكير البشري من تطور خلال القرن التاسع عشر. فلقد شهد ذلك القرن نمواً في التفكير الطبيعي امتد أثره ليشمل ما يشبه الثورة في تطور الطب العضوي وعلاج الامراض الجسمية. ولأن الأمراض العقلية آنذاك كانت أيضاً من تخصص الأطباء فقد امتد التطور أيضاً ليشمل دراسة الأمراض النفسية والعقلية.

وطبيعي أن يؤدي ذلك التطور إلى تشكيل اتجاه علمي قوي في النظر إلى الاضطرابات النفسية والعقلية. فقد أصبحت هذه الموضوعات وربما لأول مرة في تاريخ الفكر البشري موضوعات قابلة للبحث العلمي وليس لاجتهاد المشعوذين ورجال السحر والمنجمين. فانهمك الأطباء في بحوث عن مسببات تلك الامراض.. وساد الاتجاه بأن لكل مرض عقلي سبباً مثله في ذلك مثل أي مرض جسمي، وأنه إذا عرفنا العلة بطريق التجربة والاستقصاء، فإننا سنصل في الغالب إلى استنباط العلاج المناسب بطريقة العقاقير الطبية. وهذا التطور ما زلنا نشهد آثاره فيما يسمى بالطب النفسي (السيكياترى) الحديث.

ولكن النظر للمرض النفسي بقوانين المرض الجسمي، لم يكن ليثير الاحساس بالرضا لدى جميع المختصين. ونعترف بأن كثيراً من الحماس الذي يميز علماء العلاج النفسي والسلوكي الحديث في ابتكار تصورات ونظرات ذات طابع سيكلوجي لمواجهة التحديات التي لم تكن التطورات الطبية قد استطاعت أن تواجهها في خلال قرن من الزمان، إنما جاء كنتيجة لتزايد عدم الرضا على المنهج الطبي التقليدي الذي ينظر للمرض النفسي نظرته للمرض الجسمي. ففي الامراض الجسمية دائماً ما يكون العرض الجسمي (كارتفاع الحرارة، والصداع وارتفاع ضغط الدم.. إلخ)، نتيجة لاختلالات عضوية أو كيميائية في الجسم هي الجديرة بالعلاج. ولأن الاطباء احتكروا عمليات العلاج الجسمي والنفسي معاً.. فقد انتقل المفهوم الطبي والجسمي انتقالاً آلياً إلى تفسير الاضطرابات النفسية.. فأصبحت الاعراض النفسية من اكتئاب، وقلق، وهلاوس، وعدوان، ومخاوف، وهواجس ينظر إليها نظرة عضوية على أنها أعراض سطحية تخفي وراءها اضطرابات جسمية تتمثل في وجود اختلالات كيميائية في المخ، أو تلف في الانسجة نتيجة لعيوب وراثية أو اختلال في وظائف الجهاز العصبي أو الغدد وغيرها من عوامل عضوية لا يسمح المقام هنا أن نخوض فيها بالتفصيل.

وبالرغم من أن العلاج السلوكي الحديث يتضمن طرقاً بيولوجية كالعلاج بالصدمات الكهربائية في حالات الاكتئاب، أو جراحات المخ، أو العقاقير المهدئة فإن كثيراً من الدراسات تبين أن فاعلية هذه الاساليب تكون محدودة، ما لم تصحبها أساليب من التوجيه والتربية. فالمريض الذي يشكو من التوتر العصبي بطريقة تعوق تلقائيته في الحديث أمام الناس على سبيل المثال، قد يساعده تعاطي بعض العقاقير المهدئة على ضبط هذا التوتر.. لكن ماذا عن قدرته على التعبير عن نفسه؟ أو طرقه في التفاعل مع الآخرين بطريقة إيجابية؟. هنا لا بد من أساليب جديدة تمكنه من أن يتعلم طرقاً جديدة من التعبير عن النفس والتفاعل الاجتماعي وأن يتخلى عن أساليبه القديمة.. وبدون هذا التعلم.. فقد يظل تأثير العقار محدوداً أو منعدماً.

أضف لهذا أن الاحصاءات الأمريكية تبين أن بلايين الدولارات تصرف كل عام في العقاقير المهدئة أو المنومة، وتتفق الاحصاءات الانجليزية معها في إحصاء أرقام ضخمة تصل إلى أكثر من ١٠٠ مليون جنيه إسترليني في العام. ولا توجد لدينا - للأسف - احصاءات عربية عن مقدار ما يصرف في استهلاك الأدوية والعقاقير المهدئة في الدول العربية.. ولكن لا شك في أن أموالاً طائلة مماثلة تستهلك في ذلك. وما يمكن استنتاجه بشكل عام.. هو أن الاضطرابات النفسية بالرغم من هذه المبالغ

الطائلة التي تصرف في العقاقير لم تتضاءل كثيراً فيما يبدو. قد يقال بأن ازدياد اعتماد الناس على هذه العقاقير يكون بسبب ازدياد انتشار الاضطرابات النفسية ذاتها في عصرنا الحديث. وسنرى خطأ هذا الادعاء فيما بعد (أنظر الفصل الأول خاصة فيما يتعلق بانتشار الامراض النفسية والعقلية).

كما سنرى أن رحلة الشخص مع ما يتملكه من اضطرابات لم تنته.. بانتهاء اكتشاف العقاقير والمهدئات.

فضلاً عن هذا فإن كثيراً من جوانب العلاج العضوي كالعلاج بطريق الصدمات الكهربائية قد تؤدي إلى نتائج سيئة تفوق نتائج الاعراض التي نقوم بعلاجها. وسأنتهز هنا هذه الفرصة لأقدم عرضاً لبعض نتائج هذا النوع من العلاج لأنه يستخدم بكثرة في كثير من المجتمعات العربية.

إن العلاج بالصدمات الكهربائية أو التشنجات الكهربائية طريقة دخلت مسرح العلاج في الثلاثينات من هذا القرن. وهي تقوم كما سنرى في الفصل الثاني على لصق قطبين كهربيين في فودي المريض ثم يمرر تيار كهربائي يتراوح من ٧٠ إلى ١٥٠ فولت خلال المخ. ويستغرق تمرير هذا التيار أجزاء من الثانية أو ثانية على أكثر تقدير. ويحتاج المكتئبون في الغالب إلى حوالي من ٦:١٢ جلسة بينما يحتاج الفصاميون إلى ما يقرب من ٢٥ جلسة. ومن المعتقد أن التشنجات التي تصيب المريض نتيجة لتمرير هذا التيار تؤدي إلى تغيير في سلوكه.. لكن هناك ما يشبه الاجماع على أن العمليات التي يؤثر من خلالها التشنج على السلوك أمر غير معروف. كل ما يعرفه الاخصائيون أن هذا الاسلوب يؤدي إلى التغيير من حالات الاكتئاب لدى الفصاميين والمكتئبين على السواء. أما كيف يتم كذلك فهذا غير معروف.

واستخدام الصدمات الكهربائية في العلاج النفسي يتم تبريره في مستشفياتنا العقلية على أنها طرق سريعة وسهلة الاستخدام وتوفر وقت الاطباء النفسيين. ولكن هذه الحجج تخفي حقائق كريهة، ومأساوية من حيث الآثار الدائمة على السلوك والشخصية الانسانية بعد هذا. علماً بأن نسبة الوفاة من الصدمات الكهربائية تصل إلى واحد في كل ألف مريض منهم ٥% ينتج سبب موتهم مباشرة نتيجة لتلف أنسجة المخ وصدماته **brain damage**[٣] وتدل دراسات علماء الاعصاب التي تجري منذ الاربعينات على أن تأثير الجلسات الكهربائية على أنسجة المخ أمر مؤكد.

ففي لقاء حديث سنة ١٩٧٨ مع الطبيب النفسي «كارل بريبرام» رئيس معهد علم النفس العصبي **neuropsychology** بجامعة ستانفورد بكاليفورنيا يقول: «إنني أفضل

إجراء جراحة في المخ عن تطبيق سلسلة من الجلسات الكهربائية.. فأنا أعرف ما تتحول إليه خلايا المخ الرقيقة بعد سلسلة من الجلسات الكهربائية. إنها تبدو بمنظر لا يبعث الرضا على الاطلاق ».

أضف إلى هذا، التأثيرات الأخرى التي تتركها الجلسات الكهربائية على المريض كالصداع الحاد، وفقدان الشهية، والمخاوف.. ومن أكثر هذه التأثيرات سوءاً التأثير على الذاكرة الانسانية. فقد كشف جانيس Janis[٣] سنة ١٩٥٠ في دراسة عن آثار الجلسات الكهربائية بأن « جميع المرضى الذين عولجوا بطريق الصدمة ظهرت عليهم عوارض تدهور الذاكرة لما يقرب من أربعة أسابيع بعد توقف الجلسات ». ويضاف إلى هذا أن عدداً من الاشخاص يتحول إلى نفس الحالة بعد فترة من الزمن، كما سنرى فيما بعد. غير أننا لا زلنا نلاحظ مع هذا أن النظرة العضوية للأمراض النفسية والعقلية لم تختف تماماً عن الانظار. فما يزال كثير من الاطباء النفسيين، وما تزال جمعية الطب النفسي الأمريكية تصرف ملايين الدولارات كل عام لكي تؤكد بأن الاختلالات العقلية هي عضوية في طبيعتها إلى حد كبير وأن دراساتنا يجب أن تتجه للبحث عما يرتبط بالامراض النفسية من عوامل وراثية وبيوكيميائية. ومع هذا فإن الكثيرين تحولوا للبحث عن طريق آخر غير الطريق العضوي لتفسير السلوك الشاذ وهو الطريق النفسي أو البحث عن عوامل نفسية داخلية.

من العلاج العضوي إلى التحليل النفسي:

والحقيقة أن التراجع عن التفسير الطبي والبحث عن تفسير نفسي بدأ في مستهل القرن العشرين على يد طبيب أصبح اليوم اسمه على كل لسان ألا وهو **سيجمند فرويد**، الذي افترض بأن الاضطرابات النفسية يمكن أن ترد إلى وجود صراعات داخلية لا شعورية، وقوة تعمل بداخل الشخصية الإنسانية قوى يتصارع بعضها مع البعض الآخر. ويؤدي تصارعها إلى تكون الاعراض المرضية. وبهذا المعنى أمكن لفرويد أن ينقل محور الاهتمام بالاضطراب النفسي من وجود خلل عضوي إلى وجود صراع قائم في النفس.. ومن العلاج العضوي إلى التحليل النفسي كما سترى في الفصل الثاني.

وبالرغم من أن فرويد يعد في تاريخ العلاج النفسي من أوائل من تحدوا وجهة النظر العضوية في تفسير المرض العقلي، فإن آثار تخصصه الأصلي كطبيب قد جعلته ينقل للمرض النفسي تصوراً يختلف في المضمون ولكنه يتفق في المنهج. فكما أن الاطباء النفسيين يعالجون المرضى العقليين بطريق علاج أنواع الخلل العضوي في المخ أو الجهاز العصبي، كان فرويد يعالج الامراض النفسية بطريق علاج ما يكمن خلفها من أنواع الخلل الصادر عن

وجود غرائز متأصلة فينا بيولوجياً. وقد أثار فرويد - فيما يبدو - الذعر لدى الكثيرين عندما قال بأن الغرائز الجنسية هي المصدر الأساسي للدوافع المسببة لمعظم السلوك الإنساني. وبهذا فإن الاعراض المرضية ما هي إلا علاقات سطحية لاضطرابات وصراعات أعمق في داخل الشخصية. ولا شك أن هذا التصوُّر يذكر القارىء بشكل ما بنظرة الاطباء للأعراض الجسمية على أنها دلائل على اضطرابات وأمراض كامنة.

ولقد وجهت انتقادات حادة للتحليل النفسي الفرويدي، ولكل النظريات الحديثة المشتقة منه؛ ويستحيل علينا في هذا الحيز أن نستعرض كل الانتقادات التي وجهت للتحليل النفسي طوال ما يقرب من نصف قرن. إذ لا شك أن مثل هذا العمل لو كان يجب القيام به بأمانة وبدقة لتطلب مجلداً يزيد في ضخامته عن كتابنا هذا. لكن يهمنا هنا عرض ما يناسب من هذه الانتقادات لموضوعنا عن العلاج النفسي.

فمن ناحية يأخذ الناقدون على فرويد أن كثيراً من مفاهيمه التي ابتكرها لوصف وتفسير الامراض النفسية كانت عامة وفضفاضة، ويصعب تحديدها تحديداً دقيقاً. ولهذا يصبح من الصعب جداً اختبار كثير من الفروض التحليلية اختباراً موضوعياً وتجريبياً، لأنها بنيت على أدلة قصصية وبطريقة أدبية يصعب على العلماء تقبلها.

ومن ناحية أخرى تلائم موضوعنا فيما يتعلق بفكرة الغرائز هذه التي كان يعتبرها فرويد مصدر الطاقة للسلوك المرضي. فلقد أدت هذه الفكرة إلى تعقيد مشكلة التشخيص تعقيداً ضخماً، فقد تضاءل معنى الاعراض، وأصبح على الانسان أن يتجاوزها سعياً وراء الصراعات الداخلية. مما يجرد المشكلة النفسية أيضاً من أساسها النفسي ويجعلها رهينة بوجود قوى من العسير التحكم فيها أو ضبطها كما نصبو. لقد أصبح لدينا - فيما يرى ايزنك - « بدلاً من الشياطين والعفاريت، مركبات أوديب واليكترا ».

وقد استطاعت نظرية التعلم الحديثة أن تقدم تفسيرات بديلة للأمراض النفسية كما أصبح بالامكان أن نقوم بشيء حيالها من حيث العلاج لا عن طريق سنين طويلة من التحليل النفسي والتداعي الحر، ولكن عن طريق إعادة تعلم جوانب من السلوك التكيفي بوسائل بسيطة من العلاج السلوكي.

من الفرويدية إلى السلوكية:

من الميسور أن ترد بدايات التصور السلوكي للعقد الأول من هذا القرن. ففي نفس الفترة التي شهدت « سيجمند فرويد »، برز « إيفان بافلوف » في روسيا بدراساته عن الفعل المنعكس تلك التي اكسبته تقديراً واسعاً لقاء نظرياته فيه، فمنح جائزة نوبل بجدارة. وعلى الرغم من أن تأثير « بافلوف » على علم النفس لم يتبلور بصورة مبكرة

كفرويد، فإن الظروف شاءت أن تجعل منه مؤسس الوجهة السلوكية في علم النفس عندما استطاع « واطسون » أن يطبق بمهارة نظريات بافلوف في الفعل المنعكس لوصف اكتساب الامراض النفسية وإزالتها. وفي فترة قريبة برز أيضاً « سكينر »الذي استطاع أيضاً أن يرسخ مناهج سلوكية متطورة عن تعديل السلوك، سنفرد لها لأهميتها أحد فصول هذا الكتاب.

استطاع بافلوف - على أية حال - أن يثبت أنه من الممكن أن يعلم حيواناً ما أن يسيل لعابه بمجرد سماعه لصوت جرس أو رؤيته لضوء معين. وتجاربه في هذا الميدان مبكرة.. ولو أنه لم يكتب لها فيما أشرنا أن تؤثر في النظرة للأمراض النفسية إلا في فترة قريبة عندما أبدى « واطسون » اهتمامه بتجارب بافلوف بأن استطاع أن يخلق مرضاً نفسياً (وهو الخوف المرضي) لدى أحد الاطفال (البرت) بطريقة تجريبية في داخل المختبر. لقد كان « البرت » في عامه الأول عندما قام واطسون* بتعريضه لفأر أبيض عدداً من المرات.. وفي كل مرة يقرع صوتاً عالياً مفزعاً عندما يظهر الفأر. لقد كان هدف « واطسون » أن يبين أن المخاوف يمكن أن نتعلمها نتيجة للربط بين ظهور المنبه الأصلي (الفأر الأبيض) والمنبه الشرطي (الصوت المفزع)، تماماً كما كان « بافلوف » يعلم حيواناته أن تستجيب بإفراز اللعاب نتيجة للربط بين المنبه الأصلي (الطعام) والمنبه الشرطي (صوت الجرس). وقد نجح واطسون في إثبات ذلك بالفعل إذ تحوَّل مشهد الفأر المحايد إلى مصدر لفزع « البرت » الصغير بعد سبع مرات من تعريضه للفأر مقروناً بهذا الصوت المفزع. لقد كان البرت يصرخ طالباً النجدة عندما كان يشهد الفأر، وأخذت مخاوفه تتعمم نحو كل الأشكال الفرائية والمشابهة للفئران كالأرانب، والكلاب... إلخ.

وهكذا أمكن بظهور هذا التصور النظر إلى كافة الامراض النفسية على أنها استجابات وعادات شاذة تكتسب بفعل خبرات خاطئة. ولم يعد المعالجون السلوكيون ينظرون للاضطراب النفسي على أنه نتاج لغرائز أو صرعات داخلية، بل على أنه سلوك نكتسبه من البيئة بفعل سلسلة من الارتباطات التصة بين منبهاتها المختلفة. أو كما يوضح ايزنك[5]:

« ترى نظرية العلاج السلوكي بأنه لا توجد أمراض وراء الاعراض الظاهرة.. فالاعراض هي المرض. فجوانب القلق التي تتملك الناس، وحالات الاكتئاب،

* أجرى واطسون دراسته تلك مع تلميذته Rayner التي أصبحت زوجته فيما بعد. ومن الغريب أن واطسون قد فصل من الجامعة بعد أن نشر دراسته بقليل.. واستطاع توظيف قدراته الخلاقة في ميدان الدعاية والاعلام ليصبح مليونيراً وليخسره علم النفس وتكسبه الدعاية.

والوساوس القهرية وكل الانفعالات والمسالك العصابية لا تزيد - وفق هذه النظرية - عن كونها استجابة شرطية* انفعالية ، أو ردود فعل لتلك الاستجابات المشروطة .. » فإذا كان ذلك كذلك فإن الاعراض هي المرض ، وليست أعراضاً « تخفي وراءها أي شيء .. ويكون العلاج فعالاً إن استطعنا التخلص من تلك الاعراض ، فإن أنت تخلصت من العرض تخلصت من المرض »[5].

وقد قام كثير من المعالجين النفسيين السلوكيين بتشكيل نظرياتهم على نسق نظرية واطسون .. هكذا على الأقل فعل « ولبي » و « سكينر » و « ولازاروس » و « أليس » في تحليل السلوك الشاذ وعلاجه . صحيح أنهم جميعاً تقريباً ينظرون الآن إلى تجربة واطسون المبكرة على أنها تعتبر نظرية شديدة التبسيط والآلية .. إلا أن منحاهم الفكري يتشابه في أنهم جميعاً تقريباً :

١ - ينظرون للمرض النفسي بصفته سلوكاً شاذاً ، ومكتسباً ، ويكتسب بفعل عمليات خاطئة من التعلم . ويستخدمون لذلك البحوث التجريبية للكشف عن فاعلية متغيرات معينة في احداث الاضطرابات تماماً كما فعل « واطسون ».

٢ - ينظرون للاعراض المرضية على أنها هي الهدف الذي يجب أن يتجه إليه العلاج وأن إزالة الاعراض تؤدي إلى التخلص من المرض النفسي والاضطراب . وليس كما يعتقد المحللون النفسيون - أن الاعراض ما هي إلا مظاهر سطحية تخفي من ورائها اضطرابات أعمق في الشخصية هي التي يجب أن يتجه لها العلاج .

٣ - لا يبذلون مجهوداً كبيراً في البحث في تفسيرات للسلوك في إطار صراعات الطفولة أو الغريزة ، أو الوراثة . فمن رأيهم أن التفسير أمر يختلف عن العلاج .. وأن وجود وراثة أو غريزة أو أي شيء من هذا القبيل لا يجب أن يؤثر بأي حال في مجهوداتنا للتعديل من أنماط السلوك الشاذ .

٤ - من الأساسي بالنسبة للمعالجين السلوكيين البدء في التحديد الدقيق والنوعي للسلوك الذي نرغب في تعديله أو علاجه . والاجراءات التي يستخدمها المعالج السلوكي لذلك تختلف في أهدافها عما يقوم به المحلل النفسي بطريقة فرويد مثلاً . لأن المعالج يبدي اهتماماً مباشراً بالظروف المحيطة بتكوين السلوك المريض

* اتفق مع دكتور فؤاد زكريا في أن الكلمة العربية تشريط تحتاج لبعض التعديل .. لأنها لا تنقل المعنى الذي يتضمنه التعلم البافلوفي وهو التعلم القائم على التحكم في السلوك الانساني من خلال التحكم بالمنبهات والعلاقات بينها . غير أننا للأسف سنبقى على هذا المصطلح لشيوعه .

(الذي أدى لطلب العلاج)، بينما يتجه اهتمام المحلل النفسي إلى تاريخ المريض.. هكذا مجرداً ودون اهتمام بأنماط التفاعل بين الفرد والبيئة التي أحاطت ببداية تولد الاعراض المرضية كما يفعل المعالج السلوكي.

٥ - لا يقف دور المعالجين السلوكيين عند مجرد اكتشاف الاضطراب وتحديده، ومقداره (أي التشخيص)، بل يساعدون المريض على التحديد الدقيق لأنماط السلوك السوي والجيد الذي يجب أن يتجه له الاهتمام بدلاً من السلوك المريض، كما يساعدوه في وضع الخطة العلاجية وتنفيذها في اتجاه التخلص من الاضطراب بأساليب متعددة، ومثل هذا التفكير الفرويدي الذي يرى بأن دور المعالج هو تشجيع المريض على الاستبصار بمشكلاته وصراعاته.. وأن الاستبصار يؤدي إلى التغيير التلقائي والعلاج.

وبالرغم من أننا نعتبر فصول هذا الكتاب نماذج للتفكير السلوكي وأساليبه في العلاج، فاننا حاولنا أن نعكس بعض التطورات النظرية المختلفة في هذا الموضوع التي قد تختلف عن المنهج التقليدي في العلاج السلوكي كما يستمد نظرياته من «بافلوف» و «سكينر»، ولو أننا نتفق بالطبع مع الفلسفة العامة لهذا المنهج القائم على ضرورة احترام المنهج العلمي والبحث التجريبي، والذي يرى أن العلاج الناجح الفعال يجب أن ينحو نحواً مباشراً بالتركيز المباشر على تعديل السلوك المرضي دون سعي وراء صراعات أو عقد داخلية.

من العلاج السلوكي الاحادي البعد إلى العلاج المتعدد الاوجه:

بالرغم مما هو مسلم به بين علماء النفس والعلاج من أن نظرية التحليل النفسي، لم تعد بعد نظرية جيدة يعتد بها[٦]، فإن من الغريب أن نلاحظ أن بعض الناس وبعض العلماء الذين يشهد لهم في علم النفس بالجدارة والاعتبار لا زالوا يأخذونها مأخذ الجد. وقد يطرح علينا هذا سؤالاً علينا أن نواجهه هنا وهو لماذا لا تزال نظرية التحليل النفسي ذات مكانة مرموقة بين كثير من المعالجين؟.

قد تتعدد إجابات هذا السؤال.. لكن هناك حقيقة توحي لنا بها دراسة تاريخ التفكير العلمي.. وهي أن من الضروري لكي يتم التطور من نسق قديم أو خاطىء من التفكير أن يتواجد على مسرح الحياة نسق بديل يثبت فائدة أكثر. فقد ظل التفسير الشيطاني للمرض العقلي مسيطراً على الاذهان إلى أن استطاع الأطباء أن يقدموا إجابة بالرغم من قصورها فقد كانت مقنعة وبداية لتفسير هذه الأمراض وعلاجها، وظل النمط الطبي بعد هذا مسيطراً على تفسير السلوك الانساني إلى أن أماط فرويد اللثام عن حقيقة بسيطة وهي أن

قوانين « النفس » تختلف عن قوانين ما هو « عضوي »، ونجح فرويد أن يستبدل التصور الطبي بتصوراته الجديدة. مما كان له بعض الفائدة في توجيه الانظار إلى أن ما يحدد تصرفات الانسان عوامل معقدة متشابكة يمكن التثبت منها في عالم آخر غير الاعضاء ووظائفها. لكننا رأينا بعد ذلك أن فرويد ترك الباب مفتوحاً لكثير من الشكوك حول المكانة العلمية لنظريته بسبب عزوفه عن التقاليد العلمية من ناحية، وتجاهله لدور التعلم والخبرة في تحديد سلوك الانسان. لقد جعل الانسان مغلولاً في صراعاته ومتورطاً في غرائزه بطريقة جعلت من قدرتنا على التنبؤ - هدف العلم المقدس - بالسلوك البشري ومساره في موقف لا يتلاءم مع جوانب التقدم العلمي في الفروع الأخرى.

ولم تنجح النظرية السلوكية - للأسف - بالرغم من أنها ظهرت تقريباً في الفترة التي ظهر فيها فرويد*، لم تنجح في أن تشد إليها الاهتمام كنظرية التحليل النفسي. لقد قدمت السلوكية البدائل الملائمة للتطور بالتفكير العلمي: قدمت البحث التجريبي بديلاً عن أساطير فرويد، وقدمت أيضاً التعلم والخبرة بديلاً عن القوى الداخلية العمياء التي تعمل بداخل الانسان وتسيره فلا يملك لها رداً. قدمت ما كان يكفي بالانتقال والتطور إلى مرحلة أخرى من العلاج النفسي. ولكن من المؤسف أن هذا لم يحدث بالسرعة التي نتمناها. فلا يزال للفرويدية مؤيدوها ولا يزال لها شيعتها المنزمتون.

أما لماذا لا تزال الفرويدية تشيع بهذه القوة بالرغم من وجود البدائل؟.. فإن الاجابة تكمن في النظرية السلوكية ذاتها فيما نتصور.. فالسلوكية في شكلها الأول التقليدي كانت ترى أنه يكفي دراسة أنواع السلوك السطحية التي تقبل الملاحظة.. وأن هذا هو أكثر ما نحتاج له لفهم الاختلالات النفسية وعلاجها. وانطلاقاً من هذا كان المعالج السلوكي بدءاً من « بافلوف » وحتى « سكينر » يضع كل ما ليس بظاهر في موضع هامشي. حتى أن سكينر يحذر مراراً وتكراراً علماء النفس السلوكي من الوقوع في فخ مفاهيم حاربتها في نظره المدرسة السلوكية منذ نشأتها: « عندما أقول بأن السلوك نتاج للبيئة.. فإني أعني بالبيئة أي حادثة أو منبه في العالم له القدرة على التأثير في الكائن. صحيح أن جزءاً من العالم موجود في داخل الكائن.. لكن هذا جزء ضئيل الاهمية.. ويستدل عليه من خلال الاستنتاج العقلي والتقارير اللفظية.. لذا يجب أن تكون في منتهى الحذر والدقة في معالجته.. لأن الباحث في تلك الحوادث الداخلية يبعد نفسه - ولو خطوة صغيرة - عن السلوك الظاهر والوقائع الفعلية »[٧].

* لقد شهد العقد الاول من القرن العشرين سيجمند فرويد وايفان بافلوف معاً وكان كلاهما على درجة ملحوظة من الشهرة.

وفي اعتقادنا أن السلوكية بهذا الشكل قد سلبت الانسان كثيراً من العوامل التي كان يمكن أن تكون ذات قيمة في فهمه وعلاجه.. مما جعل أحد المعالجين النفسيين يرى أنه من الصحيح أن العلاج السلوكي قد يكون هو العلاج المفضل بالنسبة للاضطرابات المتعلقة بالمخاوف المرضية.. والاضطرابات التي لها مصدر خارجي يمكن ملاحظته والتحكم فيه، لكنه يعتبر طريقة غير مناسبة في علاج حالات الاكتئاب والقلق الوجودي والميول الانتحارية والاغتراب وغير ذلك من اضطرابات تكون مصادرها غير ملحوظة في العالم الخارجي.

والحقيقة أن هذا ما يرفضه العلاج السلوكي الحديث في ظل التطورات الراهنة التي يتوجه نشاط المعالجون فيها نحو الابعاد المتعددة للمرض العقلي.

ومن ثم جاء الكتاب الحالي يؤكد من خلال فصوله بأنه توجد امكانيات متعددة لتغيير السلوك. بعبارة أخرى.. نرى أن الاضطراب النفسي نتاج لعناصر بعضها في البيئة الخارجية وبعضها في عالم القيم والتفكير والوجدان.. أي العوامل الذاتية.

وبالتالي فإن علاج فردٍ يشكو من مشكلة معينة كالاكتئاب أو العجز عن ضبط النزعات العدوانية.. أو القلق.. إلخ يمكن أن يتم بأن نعلمه أساليب جديدة من السلوك، كما يمكن أن نعلمه طرق جديدة من التفكير وحل المشكلات، ويمكن أن نساعده على تغيير توقعاته القديمة أو القيم التي يتبناها نحو بعض الاهداف.

بعبارة أخرى فنحن نحاول أن نعكس في هذا الكتاب نوعاً من التفكير يهتم اهتماماً خاصاً بالاضطرابات النفسية بحيث لا يجردها من طبيعتها المعقدة. ومحور هذا التصور هو أن الاضطراب النفسي عندما يحدث لا يشمل جانباً واحداً من الشخصية إنما يشمل أربعة عناصر هي: **السلوك الظاهر** (الأفعال الخارجية)، **والانفعال** (التغيرات الفسيولوجية)، **والتفكير** (طرق التفكير والقيم)، **والتفاعل الاجتماعي** (العلاقات بالآخرين).

تناول على سبيل المثال شخصاً يعاني من القلق الشديد عندما يتقدم لحديث ودي مع رئيسه أو شخصاً من الجنس الآخر أو أي شخص على درجة معينة من الاهمية أو الجاذبية له. إن قلقه في الحقيقة يترجم عن نفسه في أشكال متعددة ومتصاحبة وتحدث جميعاً في وقت واحد: إذ تشتد ضربات قلبه وتزداد سرعة تنفسه (كدلالة على الانفعال) ويتلجلج في الكلام ويحمر وجهه (سلوك ظاهري) وربما يتكلم مع نفسه بصوت غير مسموع بأنه إنسان فاشل وعاجز ومهمل (قيمة سلبية نحو الذات أو تفكير)، كما يجد نفسه عاجزاً عن أن يجد موضوعات مناسبة للحديث لتخرجه من ورطته (كدلالة على ضعف المهارة في التفاعل الاجتماعي).

ولأن الاضطراب يشمل كل هذه الوظائف، فإن العلاج الناجع يجب أيضاً أن يتجه إلى التغيير، وبشتى الوسائل من مصاحبات الاضطراب في كل تلك الوظائف والجوانب. فمن الممكن أن نعلمه أساليب جديدة لضبط انفعاله (من خلال الاسترخاء العضلي مثلاً). كما يمكن أن نعلمه أساليب جديدة من السلوك، أو أن نزيد من إمكانيات أساليب السلوك القديمة في هذا الموقف (تعديل السلوك)، كما يمكن أن نعلمه بأن لا يفكر في نفسه تفكيراً سلبياً وأن لا يضفي على هذا الشخص - الرئيس أو الفتاة - قيمة إيجابية أكثر مما يجب (تعديل في طرق التفكير والقيم). ويمكن أيضاً أن نعلمه طُرُقاً جديدة في تبادل الاحاديث مع الآخرين، واختلاق موضوعات ملائمة بمهارة (تعديل طرق التفاعل الاجتماعي).

وبالرغم أن من الصعب على معالج واحد أن يتقن مهارات تعديل السلوك البشري في الجوانب الأربعة السابقة معاً، فإن المستقبل قد يشهد تخصصات أدق بين المعالجين النفسيين. فنجد فريقاً يولي اهتمامه ونشاطه لتعديل السلوك، وفريقاً آخر لتعديل التفكير، وطائفة ثالثة لتعديل المهارات الاجتماعية، وطائفة رابعة لتعديل الاضطرابات الانفعالية. ويبدو أن هذا ما بدأ يتبلور في الوقت الراهن في الولايات المتحدة، وفي غيرها من البلدان التي تشهد تقدماً في نمو أساليب العلاج السلوكي.

وبعد، فسنفصل في الفصول القادمة في بعض أبعاد هذا المنهج.. غير أننا نود هنا أن نشير إلى أن فصول الجزء الثاني من هذا الكتاب الخاص بأساليب ومناهج العلاج جاءت لتغطي جوانب التقدم باعطاء نماذج من أساليب علاج الجوانب الأربعة السابقة فخصصنا الفصلين الثالث (العلاج بطريقة متدرجة) والرابع (الاسترخاء) لعلاج وتعديل الجوانب الوجدانية بإزالة الحساسية المبالغ فيها. وخصصنا الفصل السادس (قوة التدعيم) لإعطاء نماذج من تعديل السلوك، أما الفصل السابع (تعديل أخطاء التفكير) فقد أفردناه لتعديل أساليب التفكير والقيم ويعتبر الفصل الخامس (تأكيد الذات) نموذجاً من نماذج تعديل أساليب العلاقات الاجتماعية.

وبالرغم من أنني لا أزعم أن ما سأقدمه في هذه الفصول القادمة يعكس بكل دقة المجهودات الرائدة في هذا الميدان فانني حاولت أن أبين أنه في مشكلات على درجة كبيرة من التعقيد كأمراض النفس البشرية، لا بديل عن بعض الفهم المنهجي إذا ما كنا نرغب بصدق في مواجهة تعاسات البشر وآلامهم بطرق أخرى بعيدة عن فلسفات انهزامية يائسة.

عبد الستار ابراهيم

* * *

قراءات مقترحة

١ - للمزيد من التفسيرات القديمة للمرض النفسي أنظر:

أ - شلدون كاشدان: علم نفس الشواذ، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة ومراجعة محمد عثمان نجاتي، الكويت: دار القلم، ١٩٧٧. خاصة الفصل الثاني وموضوعه نماذج للسلوك الشاذ.

B – Robbins, R. H. **The encyclopeadia of Witchcroft and demonology.** New York: Crown Publishers, 1959.

C – Millon, T. & Millon, R. **Abnormal behavior and personality.** Philadelphia: Saunders Company, 1974.

٢ - أنظر:

عبد المحسن صالح، الانسان الحائر بين العلم والخرافة، الكويت عالم المعرفة، مارس، ١٩٧٩.

في هذا الكتاب الشيق يركز المؤلف على نماذج من الموضوعات التي تفسر بطريقة خرافية بالرغم من أنه يمكن تناولها تناولاً علمياً.. أنظر بشكل خاص الفصل الثالث الذي يفرده المؤلف للعلاج الخرافي في بعض الشعوب العربية.

٣ - للمزيد عن العلاج بالصدمات الكهربائية وتأثيراتها النفسية أنظر.

Friedberg, J. Electroshock therapy: Let us stop blasting the brain. **psychology Today.** August, 1978.

٤ - للمزيد عن نظرية فرويد والانتقادات الحادة التي تواجهها مدرسة التحليل النفسي أنظر:

أ - هول ليندزي، نظريات الشخصية، ترجمة فرج أحمد فرج وآخرين القاهرة، الكويت، دار الشايع ١٩٧٨.

ب - أيزنك، الحقيقة والوهم في علم النفس، الترجمة العربية القاهرة: دار المعارف ١٩٦٩.

٥ - Eysenck, H. J. **You and neurosis.** Glasgow: William Collins.

٦ - المرجع السابق.

٧ - Skinner, B. F. **Science and human behavior.** New York: Macmillan, 1953.

الباب الأول

نظرة عامة في الاضطرابات النفسية
وعلاجها

١

نحن والاضطرابات النفسية والعقلية

سأحاول في هذا الفصل أن أقدم للقارىء عرضاً لبعض المفاهيم الرئيسية التي سيصادفها في ثنايا الفصول القادمة. فهذا الكتاب ـ فيما أوضحنا ـ يهدف أساساً إلى إعطاء وجهة نظر علمية متماسكة عن عدد من الاساليب الحديثة في العلاج النفسي، فموضوعه أساساً هو السلوك الانساني الشاذ أو المضطرب. ومن المفيد ـ لهذا السبب ـ أن نتفق على فهم جوانب معينة في هذا الموضوع. فما هو السلوك الشاذ، أو المضطرب؟ وكيف يتحول الناس إلى مضطربين عقلياً؟ وما هي العوامل النفسية المتدخلة في ذلك؟ وهل تزداد النسبة المئوية لحالات الاضطراب العقلي والنفسي؟ وكيف يمكن العلاج؟.

هناك في الحقيقة خلاف كبير حول طبيعة السلوك الشاذ. يعترف واحد من أئمة علم النفس الحديث، بأن البدء في تعريف السلوك الشاذ ربما يكون بداية خاطئة «فالعلم لا ينجح دائماً في اعطاء تعريفات معقولة عن الظواهر الطبيعية حتى يصل إلى درجة معقولة من الفهم المتقدم لأسبابها. فالأسهل هو أن نصف وأن نتعرف على فيل مثلاً من أن نعرفه»[1]* ولهذا فما سنقدمه هنا يعتبر وصفاً للسلوك الشاذ. وليس تعريفاً بالمعنى الدقيق.

هناك مدخلان أو طريقان يمكن من خلالهما التعرف على الاشياء بشكل عام: **الطريق الأول** هو الذي يصف الاشياء من خلال أضدادها.. فنحن نعرف الأبيض بأنه غير الأسود[2]. ونصف الرجل بأنه ليس طفلاً.. وبهذا المعنى يكون السلوك الشاذ.. ما هو ليس بسليم أو بسوي.. ونحتاج هنا أيضاً لأن نتفق على أوصاف محددة لما نعتبره سليماً وصحيحاً في الحياة.

أما **الطريق الآخر** فهو تعريف بالنظر إليها من الداخل.. من خلال وصف متعلقاتها الأساسية فنحن لا نكتفي بأن نصف الرجل بأنه ليس طفلاً (كما في المدخل الأول)، بل علينا أن نصف ما يتعلق بسلوك الرجل من نضوج انفعالي وقدرة على استخدام اللغة،

* الارقام تشير إلى أرقام المراجع في نهاية الفصل.

والاستقلال والقدرة على الضبط الحركي والمشي.. إلى غير ذلك. وفي هذه الحالة يجب التعرف على السلوك الشاذ من خلال وصف أنواع معينة من السلوك « تكون غالبية الناس مستعدة للموافقة على أنها سلوك مضطرب أو شاذ ». والآن إلى مزيد من التفصيل عن كل طريقة من طرق التعرف على الاضطراب النفسي.

ونعتبر البدء **بوصف السلوك السليم أو العادي** مدخلاً طيباً لفهم السلوك الشاذ.. بالرغم من صعوبته. فما من مفهوم يتحير علماء النفس العلاجي في تعريفه كمثل مفهوم السواء. ربما لأن كثيراً من علماء هذا الفرع يتعاملون أساساً مع اضطرابات ومشكلات. لهذا فهم يعتقدون بأن من واجبهم أولاً تقديم إجابة شافية «وبالتالي علاجاً» للمشكلات الرئيسية والاضطرابات التي تواجه عملائهم. والناس لا يذهبون للمعالجين النفسيين لأنهم أسوياء أو عاديين.. بل لأنهم يحتاجون أساساً لخدمة الخبير النفسي وإرشاده في مشكلات كالقلق، والارق، والعجز عن الفاعلية الاجتماعية، والشقاء.. وغيرها. ومع ذلك فبدون وجود تصور للسلوك الناجح أو السوي أو الصحي قد لا ينجح المعالج أن يهدي من يستشيرونه للطريق الصواب.. فما هو السلوك العادي أو السليم؟. ليس ثمة اتفاق في الحقيقة بين الدارسين والمعالجين المختلفين حول قائمة الصفات التي تستتبعها عملية الصحة النفسية، ولكننا يمكن مع ذلك أن نستخلص عدداً من الاوصاف لا يثور حولها جدل كثير في أن من يتصف بها يعتبر على قدر لا بأس به من الصحة النفسية والنضوج:

فثمة أربع فئات من السلوك تظهر لدى الاشخاص بعد نجاحهم في العلاج النفسي كما يمكن أن نلاحظها لدى من نطلق عليهم أسوياء، أو متكاملين، أو غير ذلك من الفاظ الصحة النفسية.

□□ فهناك النضوج، **والمهارة في تكوين علاقات شخصية - اجتماعية فعالة**، والدخول في علاقات اجتماعية دافئة وايجابية على أن تكون مقبولة من الشخص نفسه وغير مرفوضة أو مستهجنة من الآخرين.

□□ وهناك **التوافق للعمل والمهنة**، أو بتعبير آخر الفاعلية في أداء الدور، أو الأدوار الاجتماعية المنوطة بالشخص، مع البحث النشط عن دور أو أدوار ذات معنى في الحياة، إذا ما ظهر - لأي سبب من الأسباب - أن المهنة التي يقوم بها الشخص لا تقدم له الاشباع الذي يسعى إليه.

□□ وهناك **التوافق مع الذات**، وما يتبع ذلك من قدرة أو قدرات على تعلم خبرات جديدة، والاستبصار بالذات بما فيها من ضعف وقوة، وبقدرة على تحقيق النفس والاهداف، وتوظيف الامكانيات الفردية لتحقيق الاشباع المعنوي، والجسمي، والجنسي،

وما يرتبط بذلك من نمو في القدرات الابتكارية، واتخاذ القرارات، وضبط الانفعالات السلبية الهدامة كالقلق، والعدوان والاكتئاب والمخاوف التي لا معنى لها.

□□ وهنا أخيراً قدرة الشخص على أن يتبنى لنفسه **فلسفة عامة في الحياة تسمح له بأن يتصرف بكفاءة ونجاح** يتناسبان مع إمكانياته، وأن يوظف تفكيره لتحقيق التوافق بجوانبه الثلاثة السابقة: الاجتماعية، والسلوكية، والنفسية... وعندما نقول فلسفة عامة لا نعني بالطبع بأن الشخص السوي يجب أن يكون «كبرتراند راسل» أو «سارتر»، وإنما نعني بأن يكون للفرد مجموعة من التصورات والقيم والاتجاهات، والمعتقدات الشخصية التي تساعده على حب الحياة والناس والذات، وتحقيق السعادة، والحياة الاجتماعية الفعالة.

ولسنا نقصد من وضع هذه الصفات أن نستعرض قائمة مفصلة لما نعتبره سلوكاً ناضجاً أو سلبياً. ونحن لا نذهب إلى أن هذه الصفات تمثل كل ما يعتبر سلبياً، وإنما ركزنا على أهمها، وعلى العناصر البارزة في السلوك السوي كما قد يتفق عليها المعالجون النفسيون بمدارسهم المختلفة. ونحن نؤمن عن يقين بأن أي معالج نفسي مهما اختلفت النظرية التي يتبناها سيجد في هذه القائمة صفة أو أكثر يطمح أن يراها تتطور في مريضه، ويعتبرها مقياساً لنجاحه في العلاج.

إلى هنا ولم نتعرض لهذه الحالات التي نعطيها بلا تردد صفة الشذوذ، أو المرض. لكن ربما كان من أهم ما يمنحنا إياه هذا العرض السابق.. هو أن يوضح لنا بصورة غير مباشرة، ما نعنيه بالسلوك الشاذ أو المريض.

فالعجز عن التوافق في أي جانب من الجوانب الاربعة التي ذكرناها قد يعتبر علامة على الشذوذ والمرض. والواقع أن كلمة شذوذ ككلمة سواء من حيث انها مفهوم، أو كلمة، مجازية نطلقها على بعض التصرفات، والافعال التي تصدر عن الشخص في مواقف متعددة. والمطلع على مراجع الطب النفسي وعلم النفس المرضي المتعددة.. كلها، لا يجد تعريفاً لأمراض شاذة.. إنما يجد قائمة طويلة تتضمن أسماء ومفاهيم لاضطرابات نفسية كالفصام.. والقلق، والاكتئاب لكل منها أعراض محددة تختلف عن مجموعة الاعراض والتصرفات التي تظهر عند الشخص الذي ينتمي لفئة أو لأخرى.. وهكذا فمجموعة الاضطرابات والتصرفات التي تشير إلى الخلل في تحقيق التوافق الاجتماعي والاندماج في أفعال اجتماعية غير مناسبة ومرفوضة يسهل وصف صاحبها بالجنوح والسيكوباتية أكثر من وصفه بالاكتئاب أو السلبية.. إلخ.

بعبارة أخرى.. فإنك لن تجد في كتب العلم ما يريح إن كنت تتصور بأن المرض النفسي على غرار المرض الجسمي يرتبط بنوعية شاذة في تركيب وظائف العقل أو

الاعصاب. فلقد توقف رجال العلم اليوم عن هذا.. كما توقفوا منذ فترة غير قصيرة عن تصور السلوك الغريب (سواء سلوك عباقرة أو مجانين) بأنه مدفوع بقوة شيطانية، أو أرواح غريبة تحكم الجسم على نحو ما.. وتحرك الانسان فلا يملك لها رداً.

وربما تسهم كلمة مرض نفسي في بعض الأحيان في إثارة غموض لا يقل عن الغموض الذي تركته لنا التفسيرات الشيطانية القديمة للأمراض النفسية.. فكما أن تلك التفسيرات القديمة نقلت لنا بأن السلوك الشاذ عمل من أعمال الشيطان، ولم تمنحنا بذلك أي معرفة ذات قيمة فيما يتعلق بفهم هذا السلوك أو ضبطه أو علاجه، كذلك تثير كلمة المرض النفسي التي تستخدم بكثرة في تلك الأيام. « فالمعنى التقليدي لكلمة المرض هو أنه حالة تتملك شخصاً فتحوله إلى شخص مختلف جذرياً عن حالته السوية. فهو قد يعاني من الملاريا، أو من الحمى أو الجلطة.. إلخ. ونجد في كل حالة انفصالاً بين السوي والمريض. والأكثر من ذلك هناك سبب معين لكل مرض، كأن نصاب بجرثومة أو تلحق بنا أضرار مادية ما »[1]. ولا شيء من هذا يصح مع الاضطرابات النفسية. والاحرى أن نصور الشخص المضطرب بأنه لا يختلف في طبيعته عن الشخص العادي.. فليس هناك فرق بين المضطربين والاسوياء إلا في مقدار ظهور السلوك الذي نعتبره شاذاً. والفصامي.. والعصابي والجانح - بهذا المعنى - ليسوا من طبيعة بشرية مختلفة.. ولكنهم بشر يختلفون في بعض أوجه السلوك فقط: وفي أن التصرفات التي لا تحقق لهم ولا لمن حولهم السعادة والرضا أكثر بكثير مما هي عليه بين من نطلق عليهم أصحاء. وينقلنا هذا إلى الحديث عما نسميه بالتصرفات أو السلوك الشاذ، وهو الجانب الثاني من تعريف السلوك الشاذ.

الحقيقة أن جوانب السلوك الشاذ، أو المضطرب متسعة في غاية الاتساع، وتشمل طائفة كبيرة من الاضطرابات النفسية والعقلية. على أن بعض هذه الاضطرابات نادر (كحالات المرض العقلي أو الجنون)، على حين أن بعضها يشيع شيوعاً كبيراً في المجتمع مما يجعلها موضوعاً جديراً بالاهتمام كالقلق والكآبة والجريمة.

ونحن في مجال الممارسة العملية نجد أن الاضطرابات النفسية تتفاوت فتشمل تلك الحالات التي تتراوح من مشاعر الكدر والضيق، والتعاسة، والملل، وتمتد لتشمل الحالات العقلية الخطرة التي تتطلب عادة اللجوء للطبيب النفسي أو إلى المصحات للعلاج النفسي والعقلي. والشخص المضطرب نفسياً بشكل عام ضعيف الفاعلية في عمله وفي علاقاته الاجتماعية ولو أن هذا لا يمنعه في كثير من الاحيان من ابتكار كثير من الأفكار الجديدة الهامة، ومن أن يكشف عن بعض الجوانب من التصرفات لا تختلف عن العاديين.

وهناك طريق تقليدي تتبناه طائفة من الاطباء النفسيين في تقسيم الاضطرابات النفسية.. فينظرون إليها على أنها تنقسم إلى مرض نفسي (عصاب) أو عقلي (ذهان). والعصابيون أشخاص يتميزون بسهولة الانفعال، وتعساء، تسيطر عليهم بعض الاعراض المحددة، كالخوف من بعض الموضوعات، أو الخوف الشديد من المرض الجسمي، مما يصبغ حياتهم دائماً بعدم الاستقرار والتهديد، وتوقع الشر عندما لا يكون هناك شر. لكنهم في العادة قادرون على مواصلة النشاط بالرغم من القيود الداخلية التي يفرضونها على أنفسهم. ويقال اننا جميعاً نتعرض لبعض اللحظات العصابية في حياتنا إثر أزمة أو خبرة من الخبرات المؤلمة في الحياة.

أما الذهانيون فهم من طائفة أخرى. نطلق عليهم أحياناً اسم المرضى العقليين أو المجانين وهم باختصار طائفة من الناس التعساء، ولكنهم خطرون، وعديمو الفاعلية. وعادة ما يعجزون عن العمل والتكيف للحياة دون عون من الاخرين. اضطراباتهم حاسمة، وخطرة، وتمس التفكير، أو السلوك الاجتماعي، أو المزاج، أو هذه الاشياء كلها مجتمعة.

والعصاب والذهان شيئان مختلفان، نوعان منفصلان من الاضطرابات. فالاضطرابات الانفعالية التي تصيب المريض النفسي (العصابي) لا يفترض فيها بالضرورة أن تحرم المريض من الاستبصار بحالته، فهو يعرف أنه «غير سعيد» وأن «حساسيته مبالغ فيها»، وأن «مخاوفه من الناس والاشياء لا مبرر لها».. إلخ، ولكنه لا يستطيع أن يحمي نفسه من هذا. أما المريض العقلي (الذهاني) فقضيته مختلفة فالاضطراب يصيب حياته الانفعالية والعاطفية والعقلية، ويصل هذا الاضطراب إلى درجة كبيرة من الاختلال في بعض الحالات مما يجعله غير مسؤول من الناحية القانونية عما يصدر منه من أفعال خطرة بالذات أو بالآخرين. إن الذهانيين بشر فقدوا صلتهم بالواقع وتحولوا إلى مجانين بالمعنى القانوني. ويفترض بالطبع أن الاختلال الذي يصيب الذهاني يحرمه من الاستبصار بحالته[٣].

ويعد الفصام أو الشيزوفرنيا من أهم الفئات التي تنتمي لهذا النوع من الاضطراب العقلي. ويكوِّن الفصاميون ٨٠% تقريباً من الذهان. والفصامي - كأي مضطرب ذهاني آخر - يفقد صلته المعقولة بالواقع، وكثيراً ما يعزف عن الاتصالات الاجتماعية، ويستخدم أساليب شاذة في تواصله الفكري مع الآخرين.. فكلماته غير مترابطة، ومبهمة وغامضة. ويبدو من الناحية الوجدانية وكأنه عاجز عن اختبار أي من الانفعالات الوجدانية، بسبب ما يتملكه من تبلد وجداني ومعتقداته الزائفة (هواجس) كثيرة وقوية، وتتخذ عدة صور كالشك والغيرة، والتوجس، وفي الحالات الشديدة تتملكه هواجس قوية من العظمة أو الاضطهاد.

وفي بعض حالات الفصام تكون المعتقدات الزائفة سواء بالعظمة أو الاضطهاد هي الغالبة، وفي هذه الحالة يسمى هذا النوع من الفصام **بالبارانويا**. وبالرغم من التناقض بين العظمة والاضطهاد فغالباً ما يتلازمان لدى الفصاميين.. مما يحير الطبيب النفسي في فهم السلوك الفصامي مثل ما تحيره غرائب أخرى في سلوك الفصاميين.

وتتملك بعض الفصاميين ادراكات حسية زائفة يطلق عليها الاطباء العقليون هلاوس ذهانية. وأكثر أنواع تلك الهلاوس شيوعاً الهلاوس السمعية التي يصر من خلالها الشخص على أنه يسمع أصواتاً حقيقية (لا سيما من حوله)، قد تكون واضحة أو مبهمة، وقد تكون لأناس ميتين أو أحياء.. أو مشاهير.. إلخ. وهناك الهلاوس البصرية، التي تختلف عن الخداعات البصرية التي نتعرض لها، في أنها تأخذ شكل يقين لدى الشخص بأنه يرى أخيلة أمامه يتحدث معها بصوت مسموع دون أن يراها من يحيطون به من الآخرين.

ومن أنواع السلوك المرتبطة بالذهان ما يسمى **بالهوس**، والشخص المهووس تجده في حالة استثارة تامة.. لا يكف عن الكلام، والانتقال من موضوع إلى موضوع آخر.. وهو يشابه الفصامي في أن سلوكه مضطرب وتفكيره تسيطر عليه الهواجس، إلا أن هواجسه تتركز حول القوة والعظمة، مما تجعله يعتقد بأنه قادر على كل شيء بدءاً من الغزوات الجنسية إلى الانقلابات السياسية[3].

وقد يضفي البعض صورة ودية على المرض العقلي والجنون بأن يتصورهما مهرباً من وقائع الحياة الصارمة ومنغصاتها، ويشجع على ذلك بعض التصورات التي يحيكها الخيال الشعبي عن سعادة المجانين وهنائهم. لكن الحقيقة أن المرض العقلي أبعد ما يكون عن السعادة والنعيم. لقد أتاحت لنا الخبرة أن نعرف منهم المئات. منهم من كان يأخذ المظهر السعيد المنشرح يطلق النكات هنا وهناك (كما في حالات الهوس).. ومنهم من كان يجلس وحيداً ويبدو راضياً (كالاكتئاب).. ولكن ما أن يبدأ الحديث معهم حتى كان يتكشف بأن هذا الغطاء يخفي من التوتر والشقاء الكثير. يقول واحد من المشتغلين بالدراسات الاجتماعية من المهتمين بدراسة الفصام «إن الذهان أبعد ما يمكن عن أن يكون حالة من النعيم والسعادة كما يصوره البعض، بل قد يكون في بعض الاحيان وسيلة وأسلوباً من أساليب التعامل مع الحياة، وأن الذهانيين لديهم أسباب وجيهة تحملهم على الهرب من مصاحبة البشر، لكنهم يتوقون في نفس الوقت إلى ذلك أشد التوق»[4].

أما أنواع **العصاب فهي** تتضمن القلق، والمخاوف المرضية، والهيستيريا، والاكتئاب. وهناك أيضاً الوساوس الفكرية، والافعال القهرية (القهار).. وهي عبارة عن أفعال أو طقوس لا يملك الشخص إلا أن يفعلها. منها غسل اليد مئات المرات، وعد الاشياء التافهة

كمصابيح الاضاءة، والسيارات. ورغم أن بعض الوساوس في صورها الحقيقية أحداث عادية قد تكون مفيدة (كالتأكد مثلاً من غلق صنبور المياه).. إلا أنها في الحالات الشديدة غالباً ما قد تشل المريض عن القيام بوظائفه اليومية بنجاح[٥].

أما **القلق** فيعتبر من الامراض العصابية الشائعة، إلا أنه يعتبر سمة رئيسية في معظم الاضطرابات، نجده بين الاسوياء في مواقف الازمات، كما نجده مصاحباً لكل الاعراض العصابية والذهانية على السواء. ويرى كثير من المفكرين أن القلق هو سمة العصر الحديث بأزماته وطموحاته ومنافساته الحادة.. وقد يكون هذا صحيحاً. لكن مع هذا نجد أن الحالات الشديدة من القلق توجد في كافة المجتمعات.. ولم يخل منها عصر من العصور. والقلق هو انفعال شديد بمواقف أو أشياء، أو أشخاص لا تستدعي بالضرورة هذا الانفعال. وهو يبعث في الحالات الشديدة على التمزق والخوف، ويحول حياة صاحبه إلى حياة عاجزة، ويشل قدرته على التفاعل الاجتماعي والتكيف البناء. ويشمل الاضطرابات في حالات القلق - مثله في ذلك مثل أي اضطراب انفعالي آخر - الكائن بجوانبه **الوجدانية والسلوكية، والتفكير** فضلاً عن **تفاعلاته الاجتماعية**. فمن حيث النواحي الشعورية (أو الوجدانية) تسيطر على الشخص في حالات القلق مشاعر بالخوف، والاكتئاب، والشعور بالعجز عن اتخاذ قرارات حاسمة، أو سرعة اتخاذ قرارات لا تنفذ. والشخص في حالات القلق غالباً ما تظهر اضطراباته **الفكرية** في شكل تبني اتجاهات وأفكار لا منطقية. وقد تبين أن القلقى والعصابيين غالباً ما يتبنون أفكاراً مطلقة، متطرفة، وغير واقعية ويميلون إلى نقد الذات الشديد، ويضعون متطلبات صارمة على ما يجب أن يفعلوه وما لا يفعلوه. أما الجانب **السلوكي** من القلق فيتعلق بالتورط والانغماس في سلوك ظاهر من الخوف والتوتر عند اختبار موضوعات القلق. ففي الحالات الشديدة من القلق يبدأ الشخص في معاناة تغيرات فسيولوجية، كسرعة دقات القلب، والتشنج وتقلصات البطن والاسهال، والدوار والعرق البارد.. إلخ. ولأسباب عملية يعتبر هذا الجانب من أكثر جوانب القلق أهمية، لأن جزءاً من العلاج النفسي السلوكي الحديث يركز على التعديل من هذا الجانب السلوكي الظاهر، وينجح في تعديله.. ويؤدي هذا التعديل في هذا الجانب إلى تعديل في الجانبين الآخرين من القلق وهما جانبا الشعور والتفكير. وطرق **التفاعل الاجتماعي** للشخص في حالة القلق تتأثر أيضاً فيميل إلى التناقض والحمق والتطرف في علاقاته بالآخرين. والمثال الآتي يوضح صورة الاضطراب التي تتملك الشخص في الحالات الشديدة من القلق:

«أقبلت زوجة محام ناجح في السادسة والعشرين من العمر إلى عيادة نفسية في حالة من

الفزع والانهاك. كانت تعاني من الصداع المستمر والانهاك والتوتر ومن نوبات تقلصات في البطن والاسهال، تعرضت لنوبات من التشنج، يصيبها فيها الدوار والعرق البارد، وقلبها يأخذ في الدق العنيف، والألم يستبد برأسها (اضطراب في الشعور).. وقد انتابتها إحدى هذه النوبات في منتصف الليل عندما كان زوجها في خارج المدينة (**موقف خارجي لا يستثير بالضرورة الفزع**). واستيقظت وهي تبكي وترتعد بعنف (**اضطراب في السلوك الظاهر**). وتذكرت أنها فكرت (**جانب فكري لا منطقي**): هأنذا مريضة وحيدة، بينا زوجي بعيد عني ولا أحد يعلم من أنا. وكانت تردد وهي تسرد أعراضها أن سلوكها أحمق، وتقول إنني أثير ضجة لا مبرر لها ولكن الأمر خارج عن ارادتي* (**جانب اجتماعي**). (التعليقات بين الاقواس والخطوط من وضعنا) ».

وقريب من حالات القلق ما يسمى **بالمخاوف المرضية (فوبيا)**. والحقيقة أن كثيراً من الاطباء النفسيين يعتبرون الخواف المرضي جزءاً من القلق، ولو أن الخوف في حالة الخواف ينشأ مرتبطاً ببعض الموضوعات، أو الاشخاص، أو المواقف المحددة. والانفعال الشديد، والفزع والارتياع الذي يتملك الطفل أو البالغ في حالات المخاوف المرضية، يشبه القلق وكل الاضطرابات العصابية من حيث أن الخوف الشديد ليس له ما يبرره، وأن الشخص يعرف ذلك، ولكنه يعجز عن التحكم في مخاوفه أو ضبط انفعالاته بصورة بناءة بما ينتهي به أيضاً إلى العجز عن ممارسة حياته العملية والاجتماعية.

والخواف المرضي يمكن أن ينشأ كاستجابة لطائفة واسعة من الموضوعات التي لا تكون مفزعة في ذاتها في العادة. وقد تكون هذه الموضوعات حيوانات، أو أماكن، أو أشخاص أو مواقف اجتماعية. وتعتبر القطط، والكلاب، والأماكن المرتفعة، والمغلقة، والظلام، والدم، والموت، ومواجهة الناس أو الحديث أمامهم، والرفض والنقد، والجنس الآخر، والوحدة، والجنس.. إلخ ضمن الاشياء التي كثيراً ما تكون موضوعات للمخاوف المرضية.

أما **الاكتئاب** فهو مرض عصابي آخر نصادفه كثيراً هذه الايام. وما من شخص منا إلا وانتابته لحظات في عمره - إثر أزمة خارجية، أو فقدان قريب أو صديق شعر فيها بالحزن والضياع. مثل هذا الشعور نجده يسيطر على البعض بصورة أقوى وأطول مما هو معتاد، لهذا نسمي مثل هؤلاء مصابين بالاكتئاب. ويكون الاكتئاب مصحوباً في كثير من الاحيان بالقلق واليأس، والارق، ومشاعر الذنب المبالغ فيها، وفقدان الشهية، والبكاء المتكرر.. وانعدام الثقة بالنفس، والتأنيب المستمر للذات، وعند نشأة الاكتئاب (وهو عادة ما ينشأ في سن متأخرة) نجد أن نشاط الشخص يضعف ويبلد، وعلاقاته الاجتماعية

* شلدون كاشدان، علم نفس الشواذ، ص ٦٥ (مرجع رقم ٥ في قائمة المراجع في اخر الفصل).

تتقلص، ويتقوقع الشخص على ذاته في خيبة أمل، وعجز. ويتجنب المكتئبون، التعبير عن العدوان والكراهية إما بسبب شعورهم الشديد بالذنب في التعامل مع الناس، أو لخشيتهم من أن ذلك قد يؤدي إلى رفضهم من قبل الآخرين. فهم أيضاً يخافون من الرفض الاجتماعي ويهلعون منه هلعاً شديداً.. ويتصيدون رضا الناس.. وينتهون بالرغم من هذا، أو بسبب هذا إلى إدانة الآخرين، وإدانه أنفسهم لأنهم يدينون الآخرين.. وهكذا. وتسيطر على المكتئبين أفكار بأن حياتهم عديمة الجدوى، وليس نادراً أن تنتهي حياتهم في الحالات الشديدة بالانتحار. ذلك التصرف اليائس الذي يبدو في نظر المكتئب وكأنه البديل الوحيد لأحزانه وتعاسته.

ولعلكم تلاحظون أن الاكتئاب كالقلق يمثل استجابة انفعالية مبالغ فيها، لكنه بعكس القلق الذي يتجه إلى الأمام ويتعلق بمخاوف وأخطار المستقبل، نجد أن المكتئب يتجه إلى الماضي وأحزان ما فات. لكنهما عادة ما يكونان متلازمين.

وبعض أشكال الاكتئاب بسبب ما فيها من عزلة وحزن، وعدم فاعلية وقلق أيضاً تؤدي إلى تخريب وظائف الشخصية الأخرى كالتفكير، وعندئذ قد يتحول الاكتئاب العصابي إلى ذهاني. وهذه هي الحالات التي تنتهي بسيطرة الهواجس: تلك الأفكار الثابتة التي تسيطر على بعض المكتئبين مبينة لهم بأنهم عديمي النفع والجدوى. وفي هذه الحالات الشديدة من الاكتئاب يقيم الشخص اعتقاده بأن الحياة عديمة الجدوى بالرغم من كل الحجج التي يحاول الآخرون بها إقناعه بأن ما يفكر فيه غير صحيح.

والقلق الوجودي شكل آخر من الاضطرابات الانفعالية التي دخلت مسرح علم النفس حديثاً. وهو مثل الاكتئاب من حيث أن الشخص تتملكه مشاعر بأن الحياة عبث ولا قيمة لها، ويفقد إحساسه بقيمة كل ما يفعله. وهو أيضاً كغيره من أنواع العصاب الأخرى له اضطراباته الوجدانية. والفكرية والسلوكية. فمن الناحية الوجدانية، يكون الشعور الغالب هو الاحساس بالملل والفراغ ومشاعر بالاكتئاب المتقطع. ومن الناحية الفكرية تسيطر على الشخص أفكار بأن الحياة لا معنى ولا ضرورة لها. أما من الناحية السلوكية، فإن الشخص يصبح غير مكترث للقيام بأي نشاط، أو أن يمضي في حياته. ولكن أهم من هذا هو التبريرات الفلسفية التي يحيكها الشخص بمهارة مبرراً بها إحساسه ومشاعره وتقاعسه عن أداء نشاطاته المعتادة. والقلق الوجودي كالاكتئاب من حيث أن كليهما يحكمهما الاغراق في الحزن، ومشاعر الاغتراب، واللاجدوى. لكن ما يغلب في حالات القلق الوجودي هو اللااكتراث وغياب المشاعر القوية، وفقدان الاحساس بوجود أي معنى للحياة، أما ما يغلب على المكتئب العادي فهو الحزن والانقباض وهما شعوران على أية

حال. وكما في القلق العصابي والاكتئاب، فإن القلق الوجودي دائماً ما يكون مصحوباً بأعراض الاكتئاب، ومن الاكتئاب، ومن المحتمل أن تكون الاختلافات بينهما أقل من التشابه.

ويسمى القلق الوجودي كذلك، لأن إبرازه تم بفضل كتابات الأدباء والفلاسفة الوجوديين من أمثال «البرت كامو» و«جان بول سارتر» و«أرثرميلر»... إلخ. ولعل القارىء الذي يود أن يتأمل في حالات نموذجية من القلق الوجودي أن يقرأ روايتي «الغريب» لالبير كامي، ومسرحية «بعد السقوط» لأرثر ميلر. فكلا البطلين: «ميرسول» في رواية الغريب، و«كوينتين» في مسرحية بعد السقوط، يعتبرا تجسيداً طيّباً لهذا العرض.

وفي الأدب العربي، ولجت حالات القلق الوجودي في روايات مثل «اللص والكلاب» لنجيب محفوظ، «وموسم الهجرة للشمال» للطيب صالح. ويبدو أن من العسير علينا أن نقدم للقارىء حالة من القلق الوجودي، لأن العيادات النفسية لا تشاهد كثيراً من هؤلاء الاشخاص، ربما بسبب مشاعر اللااكتراث الحادة التي تجعل من هؤلاء الاشخاص ينظرون شذراً لأي خدمة مهنية[٧].

وإذا كانت الانماط السابقة من العصاب، يسيطر فيها القلق والخوف والاكتئاب، فإن هناك نوعاً آخر من العصابيين يظهر وكأنه قد خلا من كل هذه الهموم، ولو أن مشاكلهم النفسية تبدو لهم ولغيرهم حقيقية وواضحة ولا تقبل الجدل. وفي هذه الطائفة يوجد الهيستيريون.

والهيستيريا شكل آخر من العصاب تتبلور أعراضها في شكايات جسمية ليس لها أساس فعلي يمكن للطبيب علاجه. ولا شك أن الهروب من الاشياء بالتظاهر بالمرض من أحد الاعراض الشائعة لدى الأطفال. لهذا توجد الاعراض الهيستيرية بين الاشخاص غير الناضجين والمنخفضين في الذكاء. ومع ذلك فإن الهيستيريا تختلف عن التظاهر بالمرض، لأن الاستجابة الهيستيرية تحدث دون تحكم المريض وبرغم إرادته. فالفرد المصاب بالعمى الهيستيري، مثلاً يكون بالفعل عاجزاً عن الرؤية، ولو أن السبب يضرب بجذوره في أسباب نفسية دون أن يكون هناك اختلال عضوي في مراكز الابصار. والفتيات أكثر استهدافاً للاصابة بالهيستيريا من الذكور خاصة عندما تكون الأم من النوع المسيطر، المسرف في الرعاية، ومن ثم تهتم اهتماماً بالغاً بالشكاوى الجسمية والامراض. ومن أشكال الهيستيريا العمى الهيستيري، والصمم الهستيري، والتشنج، وفقدان الذاكرة. ولعل هذه الأنواع وغيرها قليل من كثير من الاعراض التي تتألف منها الهيستيريا. والهيستيريا غالباً ما تخدم

هدفاً ثانوياً، فهي تساعد الشخص على تجنب المشكلات، وتجعله مركزاً للاهتمام والرعاية، ويؤدي التركيز على الشكاوى الجسمية في نفس الوقت إلى إبعاد الشخص عن التفكير في المصادر الحقيقية للقلق والاحباط في العالم الخارجي. لذلك تؤدي إزالة الاعراض الهيستيرية إلى ظهور القلق في بعض الحالات.

وهناك أيضاً **السيكوباثيون** أو من يسمون أحياناً بالجانحين. وهؤلاء لا تبدو عليهم أعراض نفسية أو جسمية بالمعنى السابق، لكن سلوكهم لا يمكن أن يكون من وجهة نظر المجتمع سلوكاً متزناً أو عاقلاً على الاطلاق. وهم أناس مندفعون، ضعاف في إحساسهم بآلام البشر، وعدوانيون، وضعاف الضمير، ويعجزون عن حساب نتائج أفعالهم. وقد أمكن باستقصاء عدد كبير من البحوث التي قارنت بين شخصيات الجانحين وغير الجانحين، التوصل إلى أربعة فروق رئيسية هي أن الجانحين يختلفون عن العاديين في:

١ - ضعف الضمير، واختفاء مشاعر الذنب، والفشل في اكتساب الضوابط الداخلية.
٢ - البطء في بعض أنواع التعلم.. خاصة التعلم الذي يحتاج للوعي بمعايير وقيم المجتمع.
٣ - مواجهة الاحباط بالاندفاع والعدوان دون حساب للنتائج.
٤ - ضعف المشاركة الوجدانية، والعجز عن تقدير مشاعر الآخرين.

ولأن السلوك الجانح دائماً يظهر في شكل معاد للمجتمع، فانهم يدعون أحياناً بالمرضى الاجتماعيين (سوسيوباثيين) وبرغم من أن الجريمة هي السلوك الذي تلجأ إليه هذه الفئة لحل صراعاتها عادة، فإن هناك أنواعاً أخرى من الانحرافات التي تشيع في هذه الفئة كالسرقة والكذب. ويظن خطأ بأن **المدمنين على الخمور والعقاقير** من هذه الفئة. غير أن للمدمنين مشكلات خاصة، وبواعث مختلفة. ولو أن الجانحين والسيكوباثيين غالباً ما يتشيعون لهذه الاضطرابات. ونسبة الجناح بين الذكور ترتفع عن نسبة الاناث الجانحات ثماني مرات على الأقل. وتثبت البحوث على عصابات الجناح التي تضم الذكور والاناث، أن الذكور يتجهون إلى الخشونة والاقتحام واختراق القانون، بينما تقوم الاناث بعملية التشجيع.

وسلوك الجانحين متنوع من حيث الاضطراب النفسي، ففيهم من العصاب: القلق، والتوتر، والصراعات الداخلية، وفيهم من الذهان: العدوانية، وعدم الاستبصار بنتائج السلوك. لكن هناك ما يسمى بالجناح الاجتماعي الكاذب ويسمى هكذا لأن الشخص يسلك نحو أعضاء الجماعة التي ينتمي إليها سلوكاً لائقاً، لكنه لا يسلك نفس السلوك نحو من هم خارجها. وقد تبين في دراسة لـ ٥٠٠ طفل جانح، أن بينهم من هم أسوياء من الناحية النفسية، لكنهم يحملون قدراً مرتفعاً من الكراهية نحو السلطة، ويرفضون قيم المجتمع

الخارجي الذي لا تنتمي له جماعة الجانح. ولا شك أن من قرأ رواية «الجريمة والعقاب» لديستوفسكي سيشده التشابه الشديد لبطل الرواية بهذا النوع من الجناح الكاذب[٨].

نحن نكتفي إلى هنا بأهم الشكاوى والاعراض البارزة في ميدان الاضطرابات النفسية والعقلية. ولكننا نبادر فنقول إن ما عرضناه لا يشمل في الحقيقة كل الاضطرابات والشكاوى التي نقرأ عنها أو نسمع بها من الآخرين. فهناك أيضاً الشكاوى التي بدأت تغزو ميدان علم النفس حديثاً، وتلك التي تتحول فيها صراعات الحياة والقلق إلى إصابة وظائف الجسم بالخلل كارتفاع ضغط الدم، والربو، والقرحة.. وغيرها من طائفة الاضطرابات التي تسمى بالامراض السيكوسوماتية. ولعل القارىء يغفر لنا قصور هذا العرض، ولعله أيضاً يقدر بأننا لم نقصد من هذا العرض البسيط كتابة مؤلف عن الطب العقلي والسلوك الشاذ، بقدر ما نهدف إلى الاستبصار ببعض المفاهيم الرئيسية الممهدة للفصول الرئيسية من كتاب عن تعديل السلوك البشري. ولعل القارىء الذي يود مزيداً من الاستبصار عن هذه الموضوعات أن يرجع إلى المراجع رقم ١، ٥ (ب) المسجلة في قائمة المراجع العربية.

* * *

ويبقى الآن سؤال نشعر بأن إثارته تخدم أيضاً مبرراتنا في تخصيص كتاب من هذا النوع للمكتبة العربية، ويتعلق بمدى انتشار هذه الاضطرابات. فإلى أي مدى تنتشر الاضطرابات النفسية والعقلية؟.

يعتقد كثير من الاطباء النفسيين أن عدد العصابيين يتراوح ما بين ٣٠: ٣٥٪ من عدد سكان أي دولة. والحقيقة أن نسبة التعساء بسبب الاضطرابات النفسية والعقلية أو الاجتماعية قد تكون أكبر من هذا إذا ما لاحظنا بأن في حياة كل شخص تقريباً لحظات محددة طويلة أو قصيرة يشعر فيها بالاضطراب، وأن الأمور أفلتت من يده، أو يعاني من حالات يوشك فيها على الانهيار العصبي وأن أسلوبه في الحياة لم يعد يجدي معه.

ويقرر مركز للخدمات الصحية في إحدى الجامعات الانجليزية أن ٤٪ من الرجال و٥٪من النساء يعانون من أعراض نفسية (أو ذهانية لفترة قصيرة) أثناء حياتهم الدراسية. وإذا اتخذنا من هذه النسبة محكاً، فأن نسبة العصاب ستزيد عن هذا دون شك. وفي دراسة مسحية على خمسة آلاف أمريكي، وجد أن ٤٪ منهم كانوا يعانون من الاضطراب المزمن، و ١١٪ يشعرون بالاكتئاب النفسي والتعاسة، و ١٩٪ تتملكهم مخاوف من الانهيار العصبي بين لحظة وأخرى، و ٢٣٪ صادفتهم مشكلات احتاجت لتدخل أخصائيين نفسيين أو اجتماعيين. أما نسبة الذهان فهي تصل إلى أكثر من ١٪ في المجتمع. والنساء أكثر عرضة

للإصابة بالامراض النفسية من الرجال، وكبار السن يرتفعون أيضاً بمقارنتهم بالصغار في جوانب معينة من الاضطرابات النفسية كالاكتئاب[٩].

وقد يتبادر لذهن القارىء أن هذه النسب تنطبق على المجتمعات الغربية وهي ليست مقياساً لمجتمعاتنا العربية. وقد نتوهم بأن المجتمعات النامية، التي تقل فيها ضغوط الحياة تخلو من الاضطرابات النفسية. لكن هذا غير صحيح، فعلماء النفس الانثروبولوجي* يؤكدون أن الامراض النفسية توجد في كل المجتمعات التي درست. بالرغم من أن هناك بعض الاضطرابات التي قد يقل ظهورها في المجتمعات البدائية، كالامراض السيكوسوماتية (ارتفاع الضغط، والقرحة.. إلخ) التي ترجع إلى اضطرابات العمل وضغوطه، إلا أن هناك اضطرابات أخرى تسود في المجتمعات الافريقية، ولا تسود في المجتمعات الغربية كجنون السعار في بعض المجتمعات الافريقية. لكن الذي لا شك فيه أن الاضطرابات النفسية والعقلية ليست حكراً على المجتمعات الغربية.. وأنها تشكل في الحقيقة مشكلة لكل المجتمعات الانسانية.. ففي مسح اجتماعي لحالات الفصام المزمن في مناطق «غانا» الافريقية، وجد أن نسبة الفصاميين (والفصام يشكل ٨٠٪ من حالات الذهان) تصل إلى ٩ ٪ من عدد السكان - في مقابل ٨٪ من عدد السكان في أوروبا وأمريكا. وفي دراسة حديثة أجريت في ثلاث قرى هندية تتكون من تسعة آلاف نسمة تبين أن ٣٧٪ من السكان صرحوا بأنهم يعانون من أحد الاضطرابات النفسية بشكل أو بآخر. وزادت هذه الاعراض بين النساء أكثر من الرجال، وبين الفقراء أكثر من الاغنياء. صحيح أن نسبة من هذه الاضطرابات لم تكن خطيرة ولم تستدع الإيداع في المصحات العقلية إلا أن من الشيق أن نلاحظ مع هذا أن نسبة الـ ٣٧٪ تقترب من الاحصاءات الواردة من الغرب.

أما في العالم العربي فإننا نعتقد بأن الأمر لا يختلف كثيراً. صحيح أنه لا توجد مثل هذه الدراسات المسحية الشاملة. ولكن بعض الدراسات المحدودة قد تفي بالغرض. ففي دراسة مقارنة أجراها الكاتب على ثلاث مجموعات من الطلاب في أمريكا وبريطانيا ومصر[١٠] تبين أن نسبة العصابية والقلق تزداد بين الطلاب المصريين، يتلوهم الأمريكيون، ثم الانجليز. كذلك أجرى غالي دراسة على ١٨٨٣ فرداً من المقيمين في الكويت من بينهم ٤٥٠ من الكويتيين الذكور، و ٥٥٧ من الكويتيات، و ٥٧٥ من غير الكويتيين من الذكور، و ٢٩٦ من غير الكويتيات. أمكن سؤالهم جميعاً أسئلة واستفتاءات مماثلة تماماً لاستفتاءات استخدمت في انجلترا، وكان هدفها أن تبين مدى شيوع القلق وعدم

* يهتم علماء النفس الانثروبولوجي بدراسة السلوك البشري في المجتمعات والحضارات المختلفة دراسة مقارنة.

الاستقرار الانفعالي في داخل المجتمع الكويتي[١١]. وقد سمحت لنفسي أن أقارن النتائج المستخلصة من هذا البحث بنتائج بحوث مماثلة في المجتمعات الغربية (الانجليزية والأمريكية) لكي تتضح لنا بعض الفروق. وكما في بحثنا السابق تبين هنا أيضاً أن حظ الكويتيين لا يقل عن حظ المصريين من حيث ارتفاع مستويات القلق والاضطرابات العصابية. فلقد ازداد شيوع العصاب بينهم أكثر من المجتمع الانجليزي. وفي داخل المجتمع الكويتي ترتفع (ولأسباب غير معلومة) الميول العصابية بين المواطنين الكويتيين عن الوافدين من الدول العربية الأخرى، كما أن الاناث عامة سواء كن كويتيات أو وافدات كن أكثر عصابية، وقد أبرزت الدراسة أن أكثر المجموعات عصابية هي فئات تلاميذ المرحلة الثانوية وأصحاب المهن، أما المشتغلون بالتدريس فهم أميل لعدم الاستقرار والعصابية من غيرهم من أفراد المهن الأخرى. وتنبع أهمية هذه النتائج في أنها تساعد على تخطيط أي برامج وقائية لمواجهة الاضطرابات النفسية قبل استفحالها.

* * *

والآن هل تتجه الاضطرابات العقلية والنفسية إلى الزيادة بسبب تزايد ضغوط الحياة الحديثة؟ أجل!.. فتزايد المعرفة بالموضوع والتيسيرات التي تقدمها الدول للبحث العلمي والعلاج تؤدي إلى زيادة في اكتشاف الاضطرابات، والتوصية بها للعلاج. لكن الزيادة بالطبع تلمس بعض جوانب الاضطراب النفسي أكثر من الجوانب الأخرى.

ففي حالة الذهان لا تحدث الزيادة بشكل مضطرد.. بل إن هناك هبوطاً في معدلات الالتحاق بالمستشفيات العقلية الأمريكية بعد سنة ١٩٥٥.. وقد جاء هذا مواكباً للنجاح في اكتشاف بعض العقاقير والمهدئات. لكن بينما نقص عدد النزلاء الذهانيين في المستشفيات زاد عدد زياراتهم للعيادات الخارجية، ويدل هذا على أن العقاقير تهدىء من شدة الاعراض.. ولكن آثارها غير حاسمة. ومن ناحية أخرى فهناك زيادة في عدد الذهانيين بعد سن الخامسة والخمسين في الدول الغربية غير أن هذه الزيادة ترتبط فيما يبدو بظروف الرعاية التي بدأت تقدم بكرم نحو المسنين.

أما بالنسبة للأمراض النفسية: القلق والاكتئاب، فيبدو فعلاً أنها في تزايد مستمر بالرغم من ازدياد تعاطي العقاقير المهدئة. وهناك دلائل واقعية على أن القلق أو النزعات العصابية تتزايد في دول العالم النامي. ويبدو أن ضغوط الحياة وميل المواطنين في هذه الدول لتبني قيم المجتمعات الغربية المادية، يخلق ضغوطاً على الافراد مما يسم حياتهم بالصراع والقلق. ويؤكد هذه النظرية أن هناك أيضاً زيادة في الجريمة والجناح بصفتها نتيجة للفرص غير المتكافئة من النجاح في مجتمع رأسمالي. ويقرر عزت حجازي[١٢] أن

الاتجاه نحو الادمان وشرب الخمور وتعاطي العقاقير أصبح الآن مشكلة تواجه بعض القطاعات في المجتمعات العربية. صحيح فيما يلاحظ حجازي أن التعاطي والادمان ما زال محدوداً، إلا أنه بدأ ينتشر في الازدياد منذ أوائل السبعينات شاملاً الذكور، وبعض فئات من الاناث، وطلبة الجامعة، وأبناء الطبقات الدنيا والوسطى والعليا على السواء. وبالرغم من أن حجازي يريد أن يوحي بأن تلك الاضطرابات وغيرها من مشكلات اجتماعية ترتبط بالاغتراب والتغير الاجتماعي وغيرها من العوامل الاجتماعية، فأن الملاحظة تشير إلى أن الجنوح والادمان تظهر عند البعض ولا تظهر عند البعض الآخر. فتحت نفس الظروف الاجتماعية السيئة قد يتحول البعض إلى جانح وبعضهم قد يختار القلق، ويبقى لبعضهم الثالث الاتجاه إلى بعض السبل البناءة. مما يدل على أن هناك عوامل أخرى نفسية، تحكم حتى الاضطرابات في السلوك الاجتماعي كالجناح والجريمة والادمان. ويشير هذا إلى ضرورة أن تساير الخطط الاجتماعية في الوقاية والعلاج، خطط نفسية تولي اهتمامها للفرد واضطراباته. ويقودنا هذا إلى الحديث عن مصادر الاضطرابات النفسية والسلوك الشاذ .

* * *

آن الآن أوان الحديث عن **مصادر** الاضطرابات النفسية. وسنعرض لثلاثة مصادر **هي الوراثة، والتعلم الاجتماعي، والضغوط أو الازمات البيئية**.

وبالرغم من أن كل مصدر من هذه المصادر كفيل وحده باحداث الاضطرابات النفسية، إلا أن الاضطراب النفسي يحدث عادة بسبب التقاء هذه العناصر الثلاثة مجتمعة، أو اثنين منها على الأقل. لهذا فالحديث عن أن الوراثة هي السبب، أو أن التعلم من البيئة هو السبب أشبه بالحديث عن أيها يؤدي إلى زيادة نسبة حوادث السيارات بالكويت: ضعف التدريب على القيادة، أو تزاحم السيارات في الطرق والميادين؟!.

أ - والحقيقة أن الشخص يولد ولديه **استعداد وراثي** ضعيف لتحمل الضغوط، والتداعي أمام الكوارث، وتساعد البيئة (خاصة خبرات الطفولة السيئة) على تعميق هذا الاستعداد فيحدث الانهيار بسبب صعوبات الحياة الحديثة.

ومن المعروف أن بعض الاسر يشيع فيها نمط معين من الاضطراب: الفصام أو القلق أو الميل للجنوح.. لكن هذا لا يعني أن تلك الاضطرابات موروثة، فقد تكون بسبب أن الأبوين يخلقان مُناخاً مضطرباً مؤثرين بذلك تأثيراً مباشراً على الطفل في اختيار هذا الاسلوب المضطرب من الحياة.

ومن أفضل الطرق للحسم في تأثير الوراثة دراسة التوائم الأخوية (غير المتطابقة)

والتوائم المتطابقة. والتوائم المتطابقة هي التي تحدث بسبب انقسام بويضة واحدة، لهذا فالخصائص الوراثية تتساوى.. بحيث أن الاختلاف الذي يحدث في سلوك توأمين يمكن أن يكون راجعاً لعوامل التعلم الاجتماعي. أما التوائم الأخوية فهي تنشأ نتيجة لتخصيب مستقل لبويضتين، لهذا فالتشابه بينهما لا يزيد عن التشابه بين الأخوة في الرضاعة. وعلى هذا فاذا قارنا سلوك التوائم المتطابقة بسلوك التوائم الأخوية في ظروف اجتماعية مختلفة فوجدنا أن التوائم المتطابقة أكثر تماثلاً من التوائم الأخوية في جانب معين، فأن هذا يعني أن هذا الجانب موروث إلى حد ما. ويبين الجدول الآتي النسبة المئوية لانتشار الاضطرابات النفسية بين التوائم وهي مثيرة للتأمل بحق:

جدول يبين نسبة الاضطرابات العقلية بين التوائم

نوع الاضطراب	نسبة التشابه بين التوائم المتطابقة %	بين التوائم غير المتطابقة %
الفصام	٨٦:٦٧	١٥:١٠
الهوس والاكتئاب	١٠٠:٧٠	٢٩:١٥
الانحرافات السيكوباثية	٢٥	١٤
العصاب (القلق والهيستيريا)	٥٣	٢٥

ملحوظة:

هذا الجدول مأخوذ عن أرجايل: **علم النفس ومشكلات الحياة الاجتماعية**، مرجع رقم ٥ (ب) والجدول يعبر عن متوسط النتائج في عديد من الدراسات.

والذي نستنتجه بوضوح من الجدول أن كل الاضطرابات النفسية تخضع للوراثة جزئياً، دون أن يلغي هذا دور العوامل البيئية وإلا بلغت نسبة التشابه بين التوائم المتطابقة مائة في المائة. غير أن هناك بعض الاضطرابات تمنح الوراثة فيها استعداداً قوياً للاضطراب، ويزداد تدخل الوراثة في الامراض العقلية (الفصام والهوس والاكتئاب) يتلوها العصاب، ثم الانحرافات السيكوباثية والجنوح.

ب - يقرر الجدول على أية حال، أن الوراثة وحدها لا تحدث الاضطراب السلوكي وأن الخبرات البيئية التالية يجب حسابها بقوة. ويزداد تأثير الخبرات البيئية في مراحل

الطفولة.. هناك ما يؤكد عن يقين بأن ظهور الاضطراب النفسي - السلوكي يرتبط بأساليب محددة من **تنشئة الاطفال**، وأن كل اضطراب يرتبط بخاصية مستقلة من خصائص التنشئة لا تظهر في الاضطرابات الأخرى[١٣].

فدراسة الاشخاص المصابين بالقلق بينت أنهم ولدوا لآباء يتميزون بالضبط الشديد، وأن علاقتهم بأبنائهم تميزت بالتوتر والتخويف في المواقف الاجتماعية. وتنتهي هذه الخبرات بالشخص فيما بعد إلى سهولة تعلمه واكتسابه للمخاوف المرضية. تلك المخاوف التي تعتبر السمة الاساسية لكل جوانب القلق والعصاب.

أما حالات الجناح فترتبط بالرفض والعقاب البدني، مما يدل على أنه ينشأ من نوعية مختلفة من التنشئة.

وقد أشرنا إلى أن طفولة الهيستيريين ذات طبيعة مختلفة. فوالدة الهيستيري (أو الهيستيرية) تكون من النوع الذي يسرف في الرعاية، والسيطرة، وتولي اهتمامها للشكاوى الجسمية، والامراض البدنية. ويؤدي هذا إلى اللجوء إلى الحِيَل والامراض الجسمية في مواجهة الاحباطات والصراعات: وهذا هو جوهر ما نسميه بالهيستيريا.

والفصام يظهر غالباً لدى الاشخاص الذين يتعرضون في طفولتهم للكف، والعزلة عن الاطفال الآخرين. ولم يتمكن العلماء حتى الآن من اكتشاف ما إذا كانت هذه العزلة ترجع إلى فشل الشخص في اكتساب وتعلم المهارات الاجتماعية التي تساعد الشخص على التكيف الفعال، أم تعكس سمات موروثة من الشخصية. وهناك دراسات شيقة تبين أن الفصاميين يأتون من أمهات كثيرات الغضب، ولكنهن مسرفات في الرعاية في نفس الوقت. كما توضح هذه الدراسات أن تخلف الفصامي في فهم العلاقات الاجتماعية وعجزه عن التواصل بالناس، إنما يتسبب عن اضطراب التواصل بينه وبين الأبوين في الفترات المبكرة. أي أن الفصامي لم يجد نماذج من الاتصال الاجتماعي الجيد في داخل الاسرة يمكن أن يحاكيها في تفاعله مع المواقف الاجتماعية المختلفة. وهناك نظرية تثبت أن الاتصال بين الأم والفصامي يأخذ ما يسمى بشكل الرسائل المزدوجة[١٤]. فالأم تتصرف بطريقة معينة ولكنها تتوقع استجابة مختلفة. بحيث أن الطفل يتلقى رسائل (أو منبهات) بأنه يجب أن يسلك على نحو معين، ولكنها رسائل تتضمن في الوقت عينه بعض المعلومات التي تتناقض مع ذلك تناقضاً ملحوظاً. لذلك يصبح الطفل كالضحية المحكوم عليها بالفشل مهما كان قرارها أو اختيارها. ولعل نظرية الرسائل المزدوجة وما تسببه من حيرة نلاحظه في الحادثة الآتية التي حدثت على مشهد من الكاتب نفسه في إحدى مستشفيات الطب العقلي بالولايات المتحدة:

مريض فصامي في السابعة عشر من عمره كان في أسبوعه الخامس في المستشفى عندما حدث ذلك. فبعد أن أجمعت ملاحظاتنا الاجتماعية والنفسية أنه قد بدأ يتحسن ويسلك سلوكاً اجتماعياً ايجابياً جاءت أمه في نهاية الاسبوع لزيارته.. فلما رآها وذهب لتحيتها صاحت: «ألا تخجل من نفسك بعد هذه الفترة أن لا تسرع بتقبيلي.. » ولما قام بذلك احمر وجه الأم، وأبعدت جسمها عنه بحذر. احمر وجه الشاب، وبدت عليه علامات الحرج والعجز عن التصرف. وقد لاحظنا بعد ذهاب الأم أنه انتكس واتجه من جديد للاغراق في ذاته.. والبعد عمن حوله.

ها هنا مثال واضح للغموض في الاتصال المحير فالرسائل التي ترسلها الأم متناقضة فهي في الظاهر تعني المحبة والمودة.. ولكنها في مضمونها تحمل معنى مضاداً*. فتكون استجابات الشخص فاشلة إذا لم يظهر المودة، وفاشلة إذا أظهرها. ومثل هذه الانماط من السلوك الاجتماعي تعد الطفل لكي يسلك على نحو فصامي في مرحلة الرشد. وتحدث الانهيارات الفصامية غالباً في المراهقة المتأخرة، بعد استعداد للفشل (من مصدر وراثي واجتماعي) في علاج المشكلات المتعلقة بالمدرسة أو العمل. وبهذا البناء الضعيف الهش يتكون الاسلوب الفصامي لمواجهة احباطات الحياة في شكل الانسحاب من مصادر القلق إلى عالم ضيق تسوده الخيالات والاشباعات الفصامية البديلة عن الاساليب الجيدة والواضحة.

أما الاكتئاب فيحدث عندما يكون الوالدان من ذوي الضمير القوي الصارم، يتجهون للوم النفس الشديد عند حدوث أشياء خاطئة. وتتضمن أسر المصابين بالبارانويا (هواجس العظمة والاضطهاد) هذا النوع الاصم من الآباء والامهات الذين يفتقرون للغة التواصل الاجتماعي والحساسية للآخرين، والذين لا يشجعون أبناءهم على مواجهة الواقع بطريقة انسانية سليمة بسبب افتقارهم لذلك أو بسبب التدليل الشديد لهؤلاء الأبناء. ويبدو أن المعتقدات الثابتة التي يتبناها المصاب بهواجس البارانويا فيما بعد تكون في الاصل تبريراً للتضخم في ادراك الذات، ويزداد رسوخ هذه المعتقدات والهواجس عندما يتعرض هؤلاء المرضى لأزمات فشل بحيث تبدو تلك الازمات عديمة الاذى وضعيفة التأثير إزاء الهواجس وأفكار العظمة القوية.

جـ- وتعجل الازمات البيئية بظهور الاضطرابات. ولو أن بعض الازمات البيئية القوية تكفي وحدها لظهور الاضطرابات السلوكية كما يحدث في معسكرات الاعتقال.

* يجنح بعض الآباء والامهات إلى اظهار النفور والعقاب للابن باسم المحبة أحياناً وهذا نموذج آخر للوسائل المزدوجة.

ولكن الاضطرابات التي تستثيرها تلك الازمات لا تكون دائمة في الشخصية.

ويتحدد شكل الاضطراب السلوكي بطبيعة الازمات البيئية. فأنواع الانهيارات التي تحدث أثناء الخدمة العسكرية، تختلف عن أزمات الامتحانات الدراسية. وتعتبر حالات الوفاة أو الطلاق أو الهجرة أو الحروب مصدراً من مصادر الاضطراب النفسي. ففي الحرب العالمية الثانية تحول ثلاثة أرباع مليون جندي أمريكي إلى مرضى لأسباب نفسية. أما معسكرات الاعتقال فهي أيضاً مصدر خصيب للاضطرابات السلوكية. ففي معسكرات الاعتقال النازية يسجل لنا «بتلهايم» أن كل المعتقلين تقريباً تعرضوا لاضطرابات نفسية بشكل أو بآخر بدءاً من حالات النفاق والكذب وانتهاء بالانهيارات الشبيهة بالذهان كالاكتئاب والسلوك الفصامي. وتكون العزلة الاجتماعية، وضعف حجم الاتصالات الاجتماعية والهجرة تكون سبباً للاضطراب السلوكي، ونتيجة له في نفس الوقت. فنسبة الفصام بين العزاب تبلغ أربعة أضعاف نسبتها بين المتزوجين، وتصل بين الارامل إلى النصف. وبينما نجد أن كل الاضطرابات السلوكية تصاحبها عزلة اجتماعية، فإن نسبة العزلة تزداد لدى الفصاميين والحالات الانتحارية. وغالباً ما يعتبر ظهور العزلة الاجتماعية علامة على أن الاضطراب يزداد لدى الشخص. لهذا فان تقوية الروابط الاجتماعية، وتشجيع الانتماء يعتبران من وسائل علاج كثير من الاضطرابات النفسية في الوقت الراهن.

وتحدد الشخصية شكل الاستجابة بالاضطراب السلوكي الشديد للازمات البيئية. فقد يتعرض شخصان لخطر (كالاعتقال) لكن أحدهما يستجيب لها بالاضطراب والانهيار بينما تكون استجابة الشخص الآخر مختلفة عن ذلك. وقد يترجم النجاح المتوسط أو العادي إلى فشل ذريع عند بعض الاشخاص نتيجة لأنهم يضعون مستوى مرتفعاً من الطموح، أو الخوف من الفشل. وتساعد الخبرات الطفلية المبكرة للشخص في رسم استجاباته في مواقف الازمة، فقد يستجيب الشخص بالقلق الشديد لنقد من رئيسه في العمل بسبب خبرات طفولية سيئة بالعلاقة بالابوين أو بالمدرسين أو بمن يمثلهم من نماذج السلطة. فالاشخاص عندما يتعرضون لموقف واحد أو أزمة يستجيبون بدرجات مختلفة من الاضطراب، أو بأنواع مختلفة منه. وكل هذا يدل على أن جزءاً من الاضطراب لا تسببه الازمات البيئية - الاجتماعية بقدر ما تسببه طريقة ادراكنا واحساسنا النفسي بها.

ومن المشكلات المتعلقة بتأثير البيئة الاجتماعية أن ذوي الاستعداد النفسي السريع للانهيار، غالباً ما يستجيبون أكثر من غيرهم بالاضطراب لأزمات الحياة كالعزلة، أو الطلاق. فهل يكون الانهيار نتيجة لهذه الازمات؟ أم أن الفرد بسبب استعداداته للانهيار وبنائه الهش يدرك هذه المواقف، ويراها على أنها مثيرة للاضطراب بينما هي ليست

كذلك؟ وتتطلب إجابة هذه الاسئلة توضيح ما يسمى **بمفهوم الحلقة المفرغة** في تفسير الاضطرابات النفسية. خذ مثلاً حالة الزوجة (أو الزوج) السلبي الذي يشكو من عدوانية وتهجم القرين.. فهل سلبية الاول تشجع على إثارة عدوان الثاني؟ أم أن عدوان الثاني هو الذي يشكل سلبية الطرف الأول وانسحابه؟ وبالرغم من أن إجابة هذا السؤال لم تتحدد بعد في مجال البحث العلمي، فإن هناك ما يشبه الاتفاق على وجود حلقة مفرغة في تفسير أي اضطراب نفسي، وممارس العلاج النفسي غالباً ما يبدأ بتشجيع كسر هذه الحلقة المفرغة من أي زاوية ممكنة، فهو قد يشجع المريض على اتخاذ موقف ايجابي وواثق دون النظر إلى عدوانية الطرف الآخر، على أمل أن هذا سيخلق حلقة أخرى من التغيير البناء: (ظهور السلوك الايجابي سيوقف عدوانية الطرف الآخر.. وتوقف العدوانية يؤدي إلى مزيد من تدعيم السلوك الايجابي والبعد عن السلبية.. إلخ)*. وتأثير العزلة الاجتماعية (كالهجرة، والعزوبية، والطلاق) على ظهور المرض العقلي يثير حلقة مفرغة من هذا النوع. فهل العزلة هي التي تؤدي إلى ذلك أم أن المضطربين نفسياً غالباً ما ينتهون إلى العزلة بسبب إثارتهم للاشمئزاز والنفور في الآخرين، واتخاذهم لقرارات خرقاء؟ المرجح فيما أوضحنا من قبل أن العزلة الاجتماعية تكون سبباً للاضطراب العقلي ونتيجة له في نفس الوقت.

الخلاصة

يعبر الاضطراب النفسي والعقلي عن مفهوم لجانب من السلوك يتعارض مع ما نطلق عليه سلوكاً سليماً، أو عادياً أو ناضجاً. والاضطراب أو المرض النفسي لا يحقق الرضا والتقبل للشخص أو لمن حوله أو لكليهما معاً. ويؤدي المرض النفسي إلى إثارة اضطرابات شاملة في سلوك الانسان قد تشمل حالته الانفعالية، أو تفكيره، أو سلوكه الاجتماعي، أو وظائفه العضوية والجسمية، أو كل هذه الاشياء مجتمعة في وقت واحد. وإذا غلب الاضطراب على الناحية الانفعالية والوجدانية كان هناك ما يسمى بالاضطرابات العصابية كالقلق والهيستيريا والمخاوف المرضية والاكتئاب، وإذا كان مصدر الشذوذ اضطراباً في التفكير تكون ما يسمى بالمرض العقلي (الذهاني) بأشكاله المختلفة من فصام، وهوس، وبارانويا. وتنشأ الجريمة والجناح (الانحرافات السيكوباثية) بسبب اضطراب السلوك الاجتماعي. وتعتبر الامراض السيكوسوماتية كالارتفاع في ضغط الدم، والربو، والقرحة علامة على أن الاضطراب النفسي يؤثر في الوظائف العضوية والبدنية للانسان. وفي كل نوع من أنواع هذه الاضطرابات، يشمل الاضطراب الوظائف الأخرى. فالاضطراب في حالة القلق مثلاً

* قد يبدأ العلاج أيضاً من الشخص العدواني نفسه بأن نطلب منه التقليل من عدائه.

يصيب الجوانب الوجدانية، والجسمية، والسلوكية، والعقلية.. ولو أن مصدر الاضطراب هو الوجدان أساساً.

وتشكل الامراض النفسية بؤرة لمشكلات اجتماعية وعقلية أخرى تعاني منها المجتمعات المتقدمة الغربية والاشتراكية ودول العالم الثالث على السواء. وقد بينّا بالاعتماد على نتائج البحوث المسحية والدراسات التجريبية مدى انتشار الاضطرابات العقلية في العالم العربي والغربي. وتحدث الاضطرابات النفسية بسبب التقاء الوراثة، والاساليب الخاطئة في التنشئة فضلاً عن الضغوط والازمات البيئية. وقد أوضحنا كيف يتم الالتقاء بين هذه العناصر الثلاثة. والتقاء هذه العناصر يرسم دون شك خطط العلاج الفعال لتلك المشكلات.. كما يمنحنا البصيرة بالسبل والاشكال التي يجب أن تتطور نحوها أساليب العلاج وهذا هو موضوع الفصل القادم.

مراجع وتعليقات

١ - هانز ايزنك، الحقيقة والوهم في علم النفس، ترجمة قدري حفني ورؤوف نظمي، القاهرة: دار المعارف، ١٩٦٩.

٢ - عبد الستار ابراهيم، السلوك الانساني بين النظرة العلمية والنظرة الدارجة، في كتاب: السلوك الانساني، نظرة علمية، تأليف عبد الستار ابراهيم، ومحمد فرغلي فراج وسلوى الملا، القاهرة: دار الكتب الجامعية، ١٩٧٧.

ويوضح الفصلان الأولان من هذا الكتاب بعض النقاط المتعلقة بالتعريف السيكلوجي العلمي للظواهر.

٣ - للمزيد عن الفروق بين العصاب والذهان أنظر:

Hans Eysenck. **You and neurosis.** Britain, Glasgow: William, Collins Sons, 1978.

أنظر بشكل خاص الفصل الأول من هذا الكتاب الذي يخصصه المؤلف لأنواع المرض النفسي العصابي.. وما يميز الذهاني (المريض العقلي) عن العصابي.. ويتبنى المؤلف وجهة نظر مخالفة لوجهة نظر الطب النفسي التقليدية التي ترى أن الذهان درجة أقسى من العصاب.. أي أن الفرق بينهما فرق في الدرجة. غير أن المؤلف يعرض لوجهة نظر ترى بأنهما نوعان مختلفان من الامراض.

٤ - أنظر: Milton Rokeach. **The three christs of Ypsilanti** New York: Alferd Knopf, 1964.

٥ - للمزيد من الاعراض المصاحبة للعصاب والذهان وأشكال الاضطرابات النفسية الأخرى أنظر:

أ - أيزنك، الحقيقة والوهم في علم النفس، مرجع سبق ذكره في «١».

ب - شيلون كاشدان، علم نفس الشواذ، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة ومراجعة محمد عثمان نجاتي، الكويت: دار القلم، ١٩٧٧. أنظر بشكل خاص الفصل الثاني من هذا الكتاب الخاص بمجموعات أعراض السلوك الشاذ.

٦ - تبين دراسة حديثة أن المخاوف المرضية يمكن ارجاعها إلى سبعة موضوعات أو فئات رئيسية: ١ - مخاوف من الحيوانات كالعناكب، والقطط.. إلخ. ٢ - مخاوف من مشاهدة العداوة لدى الآخرين وذلك كالخوف من الاصوات المرتفعة، أو الخوف من الناس الغاضبين، أو الخوف من المشادات.. إلخ. ٣ - الخوف من الموت والاذى كالخوف من الدم، والجروح والموتى ورائحة العقاقير، وحوادث السيارات.. وهناك أيضاً ٤ - المخاوف ذات الشكل الاخلاقي، كالخوف من الانتحار، والعادة السرية والعذاب في الآخرة والجنس.. وهناك ٥ - الخوف من النقد الاجتماعي، كالخوف من التجاهل والنبذ، والنقد... إلخ ٦ - الخوف من الظلام وما يرتبط به من مخاوف أخرى كالخوف من الوحدة، أو الدخول إلى الاماكن المظلمة.. ثم هناك أخيراً ٧ - الخوف من الاماكن الخطرة مثل الخوف من المرتفعات ومن الاماكن المغلقة، والاماكن المزدحمة.. والاماكن الفسيحة.. إلخ للمزيد من التفاصيل أنظر:

Eysenck. **You and neurosis.** Op. Cit. p. 73.

٧ - للمزيد من القلق الوجودي أنظر بالانجليزية:

Salvator Maddi. The existential neurosis, In David Rosenhahn and Perry London (eds.) **Theory and research in abnormal behavior.** New York: Holt, Rinehart and Winston, 1969 (pp. 222 - 239).

٨ - هناك أيضاً انحرافات يطلق عليها انحرافات «ذوي الياقات البيضاء».. وهي تشيع في أفراد من الطبقات المتوسطة والعليا وتتمثل في الهروب من دفع الضرائب، ومتطلبات الانفاق الزائف، والمخاوف في مجال العمل كالاختلاسات وغيرها، أنظر: الفصل الخامس من الجريمة والجناح من كتاب ميشيل أرجايل، علم النفس ومشكلات الحياة الاجتماعية، ترجمة عبد الستار ابراهيم، الكويت: دار القلم، ١٩٧٨ (الطبعة الثانية).

٩ - أنظر ميشيل أرجايل، المرجع السابق، الفصل السادس، الصحة النفسية والاضطراب العقلي، ص ١١٧ - ١١٨.

١٠ - أنظر:

Abdul Sattar Ibrahim. Extroversion and neuroticism across cultures. **Psychological Reports,** 1979, 44, 709 - 803.

١١ - أنظر:

محمد أحمد غالي، دراسة مقارنة لبعض أبعاد الشخصية باستعمال مقياس ايزنك في البيئة الكويتية، الكويت مطبعة حكومة الكويت، ١٩٧٥.

١٢ - عزت حجازي، الشباب العربي والمشكلات التي يواجهها، الكويت عالم المعرفة، ١٩٧٨.

١٣ - لمن يود أن يستبصر بتأثير أساليب تنشئة الأطفال على سلوكهم عندما يتحولون إلى بالغين أنظر: مصطفى أحمد تركي، الرعاية الوالدية وعلاقتها بشخصية الأبناء: دراسة تجريبية على طلبة جامعة الكويت، القاهرة: دار النهضة العربية ١٩٧٤.

١٤ - كاشدان، علم نفس الشواذ، مرجع سبق ذكره.

٢

لمحة على أساليب العلاج الحديثة

أ - قررت أخيراً، وبعد تردد طويل، أن تذهب للطبيب النفسي وهي في حالة حادة من القلق والخوف، والاكتئاب المتزايد يوماً بعد يوم.

وتبلورت شكواها عند الطبيب في وجود حالة خوف مرضي (فوبيا) من الاماكن المغلقة والضيقة. إذ يصيبها في مثل هذه الاماكن رعب وجزع وتوشك على الاغماء، وتهن أعصابها هوناً شديداً. وقد أدى خوفها من الاماكن الضيقة إلى الامتناع نهائياً عن أشياء ضرورية وترفيهية كركوب المواصلات، والذهاب للسينما، أو الدخول إلى الاكشاك لعمل التليفونات الضرورية. وامتنعت حتى عن القيام بالواجبات الحيوية التي تتطلب منها الدخول إلى حمام المنزل.

ب - نعتته زوجته ذات صباح ببعض الالفاظ النابية. وبالرغم من أن مشاعره جرحت بشدة إلا أنه خرج إلى عمله دون أن يتلفظ ببنت شفة. وفي العمل فوجىء برئيسه ينتقده بحدة على خطأ ارتكبه واحد من زملائه. ومرة أخرى وقف صامتاً دون أن يدافع عن نفسه ومبتلعاً الاهانة بحنق مكتوم. وفي نفس اليوم طلب من أحد مرؤوسيه الصغار اعداد مذكرة مطلوبة من مدير المصلحة، فرفض الموظف أداء العمل بطريقة لم تخل من عدم الذوق والاستهانة. وللمرة الثالثة لم يقم مريضنا بأي اجراء ملائم نحو هذا التصرف. وعندما عاد للمنزل في نهاية اليوم فوجىء بأن طفله الصغير قد أحدث عطباً في جهاز تسجيله نتيجة للعب به. هنا انفجر بالغضب على ابنه، وعاقبه عقاباً لا يتلاءم مع تفاهة الحادث. غير أنه لم يشعر بالراحة بعد ذلك، بل تملكته مشاعر بالذنب.. واصطبغ ذلك باحساس بأنه انسان تافه وعديم الفاعلية، وعاجز عن أن يحكم حياته بايجابية ملائمة. ولهذا السبب انتهز أول فرصة ملائمة لزيارة معالج نفسي يبثه شكواه، وطالباً منه النصيحة والشفاء.

جـ- أصابه إثر اتصال جنسي غير مشروع خوف مرضي حاد من بوله. وقد تبلور ذلك في الخوف من تلويث الآخرين، وبث العدوى بينهم من خلال ما يتبوله. وتحول هذا

الخوف إلى أداء وساوس وطقوس قهرية*. إذ أخذ يقضي ما يقرب من خمس وأربعين دقيقة في تنظيف أعضائه بعد كل مرة يتبول فيها يتلوها ما يقرب من ساعتين يقضيها بعد ذلك في غسل يده وتنظيفها. فضلاً عن هذا فقد تطورت لديه طقوس حوازية أخرى ارتبطت بهذه الاعراض. ففي كل صباح يأخذ حماماً يستغرق منه أربع ساعات تقريباً. وقد بث لمعالجه أنه قرر بعد ذلك أن يقضي أغلب وقته في مخدعه إذ أن «اليقظة لا تساوي المتاعب التي يتعرض لها أثناءها بسبب تلك الطقوس».

د - اصطحبت ابنها الذي يبلغ الثامنة للمعالج موضحة أنه كان يبدي نمواً لغوياً عادياً إلى أن بدأ يذهب للمدرسة في السادسة من عمره. وعندئذ تدهورت قدرته على الكلام، وأصبح الآن كالأخرس تقريباً. وبسبب هذا تأخر نقله من مرحلة دراسية إلى أخرى.. وقد سبب له هذا ولوالديه كثيراً من التعاسة والآلام.

تمثل الحالات الأربع السابقة نماذج لاضطرابات تواجه الناس وتتطلب منهم الاستعانة بالخبراء النفسيين لكي يساعدوهم على تحريرهم من العجز والشقاء الذي تسببه لهم هذه الاعراض، وتطورها.

فماذا لو أن كل حالة من هذه الحالات جاءت للطبيب النفسي منذ عشرين عاماً أو يزيد؟.

لربما كان الطبيب النفسي، تحت تأثير شيوع أفكار مدرسة فرويد في التحليل النفسي آنذاك، سيطلب من مريضه أو مريضته الاستلقاء على أريكة التحليل النفسي ثلاث أو أربع مرات كل أسبوع لمدة تتراوح بين ثلاثة أو خمسة أعوام. وينتهي العلاج في النهاية، وبعد تتبع، أو استقصاء شامل لكل ظروف الحياة المحيطة بالحالة منذ الطفولة المبكرة.

وربما يكتشف المعالج في النهاية أن هذه الاعراض التي دفعت بالمريض إلى الذهاب للمعالج ليست هي المشكلة الحقيقية بل ترجع أساساً إلى عقدة تمتد بجذورها إلى فترة الطفولة نتيجة علاقة مرضية بأم مستبدة، أو أب غير مكترث، أو قد يكتشف أن مشكلة المريض ب الحقيقية تعود إلى شعور بالنقص بسبب مشكلة أوديبية أي بسبب كراهية لا شعورية قديمة لأب مسيطر، كان يقمع تعبيره عن مشاعره(أي المريض)محولاً إياه إلى انسان جبان وعاجز عن التعبير عن مشاعره عندما يتطلب منه الأمر ذلك. ولن يعجز عن أن يكتشف أشياء من هذا القبيل في حالة الشاب الحوازي أو الطفل الأخرس[1].

أما الآن فان هناك أساليب جديدة للعلاج السلوكي يمكن أن تساعد على شفاء كل حالة

* أي الافعال والطقوس والافكار التي يجد الفرد نفسه مجبراً على تكرارها (أنظر الفصل الاول الذي يعرض لهذه المفاهيم الرئيسية).

من الحالات السابقة في فترة أقل، وبقليل من النفقات، ودون الاستلقاء على أريكة أو دخول في ذكريات الطفولة، واستقصاء اللاشعور.

والحقيقة أن الانتقال من أساليب فرويد الكلاسيكية إلى الاساليب الحديثة في العلاج النفسي يعتبر في نظر الكثيرين من العلماء نقطة تحول خطيرة. بل ان بعضهم يعتبره ثورة حقيقية في أساليب العلاج النفسي، عملت على تحرير طاقاته (أي العلاج) من عقم قاتل. يقول معالج نفسي من كاليفورنيا: «إن التحليل النفسي قد مات فعلاً، لم تعد تلك هي المشكلة، إنما المشكلة أن نواجه حياتنا بمفاهيم متحررة وجديدة ومستقلة تماماً عن علم قد حوطته الاكفان». وفي أحسن الأحوال نجد أن المعالجين النفسيين المعتدلين ينظرون إلى التحليل كأداة من أدوات عدة يمكن للمعالج النفسي أن يتسلح بها في مواجته للمرض.

وتسمى الاساليب الجديدة في العلاج النفسي بأسماء مختلفة منها: العلاج السلوكي، وعلاج الواقع، والعلاج المنطقي، والعلاج التشريطي، وتحقيق الانسان لذاته، وتدريب الحساسية.. إلخ. وبالرغم من أن بعض هذه الاساليب تستخدم بعض طرق التحليل النفسي خاصة لاكتشاف بداية تكون المرض أو الاضطراب إلا أنها تختلف جذرياً في نقاط أساسية سنتعرض لها بعد قليل، وبعد أن نعرض للقارىء الأسس التي تقوم عليها النظرية الفرويدية في العلاج، حتى يزداد استبصارنا بقيمة الاساليب الحديثة.

التحليل النفسي باختصار هو المدرسة التي تدين لمنشئها فرويد بكثير من الافكار والنظريات التي طبقت بمهارة في مجالات الحياة المختلفة كالفن والسياسة، والامراض النفسية وغيرها. ويهمنا من هذه النظرية في هذه المجالات أن نشير باختصار إلى وجهة نظرها فيما يتعلق بالمرض النفسي. ينظر فرويد باختصار إلى المرض النفسي على أنه حصيلة لعدد من العقد النفسية التي تكونت في الفترات المبكرة من حياة الانسان. بعبارة أخرى فان الاعراض النفسية المضطربة ترتبط بذكريات لخبرات جنسية وصدمية مبكرة - ذكريات وإن كانت قد صارت لا شعورية إلا أنها لا تزال مع ذلك ذات تأثير فعال في حياة المريض. وتصبح الخبرات الأليمة المبكرة لا شعورية بعد ما يحدث لها من كبت بسبب طابعها الجنسي. ولذلك فالعلاج ينحصر إلى حد كبير في الكشف عن الذكريات اللاشعورية المبكرة ليتمكن المريض من أن يعبر عن الانفعال الشديد المرتبط بالصدمة. ويتم الكشف عن الذكريات اللاشعورية من خلال الاستلقاء على أريكة التحليل في عملية تداع حر، وهو أسلوب يتطلب من المريض أن يتحدث عن كل شيء بذهنه مهما بدا هذا الشيء تافهاً أو لا منطقياً.

ومن خلاله يتم الكشف عن العمليات اللاشعورية المبكرة الكامنة وراء المرض وبالتالي

يتم التوصل للاستبصار بالمرض ثم علاج الاعراض تلقائياً. أي أن المحلل النفسي:

١ - لا يهتم بالاعراض المرضية التي يذهب بها المريض بل يعتقد أن هذه الاعراض تعبر عن مشكلات أخرى أعمق هي التي يجب أن يتجه إليها العلاج.

٢ - يعتقد أن المرض النفسي إحياء من خلال الاعراض لذكريات لا شعورية حقيقية في أعماق الذهن.

٣ - يؤمن بأن جذور المشكلة لا تمتد للآن ولكن للماضي، لخبرات الطفولة والعلاقة المبكرة بالوالدين في السنوات الخمس الأولى من العمر.

٤ - أما ماذا يحدث في أثناء الطفولة فالأمر - في ضوء نظرية التحليل النفسي - أكثر تعقيداً من أن نلخصه في هذا الفصل. ذلك لأن المحللين أنفسهم هم لم يتفقوا على طبيعة الإحباطات التي يواجهها الشخص في حياته مبكراً، ولا على طبيعة التفاعلات الشديدة بين الشخص ووالديه. وفي أحوال كثيرة كان المحللون النفسيون يجنحون نحو تأملات نظرية تختلف من محلل إلى آخر. غير أن المحللين النفسيين استعملوا كثيراً مفاهيم مثل عقدة أوديب، واختلافاتهم بالنسبة لهذا المفهوم أقل بكثير من اختلافاتهم عن غيرها. وقليل جداً من القراء هم الذين لم يسمعوا أو يقرأوا عن مفهوم عقدة أوديب، والتي تعود في جذورها لأسطورة يونانية استخدمها فرويد لبسط آرائه المختلفة في التحليل النفسي. وبمؤدى هذه العقدة يعتقد فرويد أن كل صغير يمر بفترة يقع خلالها في حب أمه، والرغبة فيها جنسياً، غير أنه يقمع ويكبت هذه الرغبة لخوفه من أبيه الذي يصبح منذ الآن مصدراً لكراهية الابن وغيرته. وتكون الأعراض العصابية التي يواجهها الشخص فيما بعد مثل المخاوف المرضية، أو الخوف من مصادر السلطة، أو التعلق بمن هن كبيرات في السن... إلخ. - تعبيراً لاشعورياً عن تلك العقدة التي حدثت من قبل.

ربما تكون هذه العناصر الرئيسية التي تمثل هيكل نظرية فرويد في الامراض وعلاجها. وربما قيل دفاعاً عن نظرية التحليل النفسي بأن هذا العرض لا يوضح كل جوانب النظرية. وهذا صحيح، لأن هناك تفاصيل أخرى شيقة في نظرية التحليل النفسي غير أنها لا تعتبر من الافكار الجوهرية كتلك التي ذكرناها ملخصة. ومن ناحية أخرى فأننا سنحاول تجنب كثير من الافكار النظرية في عرضنا هذا، إلا ما كان منها مستخدماً بالفعل في الممارسة العملية المفيدة للعلاج.

وأيا كان الأمر، فإن فاعلية نظرية التحليل النفسي قد بدأت تضعف فيما أشرنا. وهناك أسباب كثيرة لذلك: منها أن التحليل النفسي يترك كثيراً من الارواح معلقة في

لحظة توازن طويل المدى. لكن الحياة تتحرك بشكل أسرع بكثير من هذا التوازن التحليلي. لنفرض أن شخصاً جاء يشكو من الضعف الجنسي الذي حوله لشخص مكتئب تنتابه كثير من المخاوف في فاعليته وفي صورته عن ذاته، وطلبنا منه - بدلاً من أن نقدم علاجاً فعالاً لضعفه الجنسي - أن يستلقي على أريكة يقص تاريخه، ويحكي مشكلاته القديمة والحديثة. فما الذي يجنيه هذا الشخص من هذا؟. إننا لا يمكن أن نتصور أن نكون بهذا الاسلوب دعاة الشفاء الحقيقي له من ضعفه.

وما الذي سيحدث لعلاقته بزوجته طوال هذه الفترة؟ وماذا عن صديقات الزوجة والاخريات اللائي تقابلهن بسبب تعاستها الزوجية؟. وأكثر من هذا فما الذي يحدث بعد جلسات مقدارها ألف ساعة على الأقل من التحليل والاستلقاء على أريكة التداعي الحر؟ إنه قد يستمر في ضعفه الجنسي لنفس الاسباب القديمة. وماذا لو اكتشف المعالج أنه يعاني من عقدة أوديبية هي التي تكف رغبته الجنسية في الزوجة (فيراها على أنها رمز للأم). إننا بعد هذه السنوات الطويلة لا نستطيع تغيير بناء علاقته بالام بعد مرور ٣٠ أو ٤٠ عاماً. فَلِمَ المحاولة؟. إن حركة الحياة إذاً أسرع من أن يكون مصير الانسان مرتبطاً بمجموعة من الافكار النظرية التي تخالفها في أحيان كثيرة شواهد الواقع.

ويرى آخرون أن التطور والانتقال من آراء فرويد إلى الاساليب الحديثة في العلاج يرجع جزئياً إلى اشتعال الحرب العالمية الثانية. فقد وجد المعالجون أنفسهم مرغمين على ابتكار وسائل سريعة، وبسيطة تساعد على اقتصاد الجهد والوقت لحل مشكلات الجنديين والمواطنين الذين كانت تلقي بهم الحرب ومخاوفها في حالات انهيار عصبي بأعداد متزايدة. فمنذ الحرب العالمية الثانية أصبحت التيارات الحديثة في العلاج النفسي والسلوكي تمثل قوة حقيقية في مواجهة الأساليب الفرويدية التقليدية. وأمكنها بالفعل أن تقدم مساهمات فعالة في علاج الكثير من المشكلات والأمراض التي تغطي مجالات مختلفة من الاضطرابات كحالات القلق، والاكتئاب، والشعور بالوحدة، والبرود الجنسي، والعجز الجنسي، والمخاوف المرضية، وغيرها من اضطرابات يلاحظها القارىء كلما تقدم في قراءة فصول هذا الكتاب. وباختصار فقد أصبحت لدينا الآن وسائل علاجية متعددة لمواجهة كثير من الاضطرابات النفسية التي كان يبدو أن الأسلوب الوحيد الذي ينجح فيها هو أسلوب التحليل النفسي، أو إعطاء مجموعة من العقاقير المهدئة.

وربما يوجد أيضاً عامل آخر ساعد على تطور حركة العلاج النفسي، وانتقالها إلى قنوات جديدة، هو التطور الثقافي والعلمي للمعالجين النفسيين أنفسهم، وتطور نظريات علم النفس الحديث. إذ يبدو أن تطور نظرية التعلم بتركيزها على التفكير العلمي واستخدام

المنهج العلمي والدراسة التجريبية قد أدى إلى تراكم بعض الحقائق التي تلائم الواقع. وبهذا وجد المعالجون منطلقاً أكثر أماناً يساعدهم على مواجهة المشكلات المرضية وحلها في قليل من الوقت، وبقلة في النفقات، وقلة في الجهد المبذول في عملية العلاج مع الفاعلية في ذلك.

وربما يكون التغير في الثورة الحديثة على تقاليد التعبير الجنسي التي أخذت تجتاح المجتمعات الغربية هو المسؤول عن انحسار تأثير أفكار فرويد. فالتأكيد الفرويدي على اللاشعور الجنسي كحجر الزاوية في الكثير من المشكلات الانسانية، كان مفيداً عند أول ظهوره. وكان موضوعاً له إغراؤه وله قيمته في شد الانتباه خاصة إذا قدم ذلك بطريقة فرويد الأدبية المثيرة. فقد كان المجتمع البرجوازي الذي عاش فيه فرويد يعمل على قمع كل ما يختص بالثقافة الجنسية أو النقاش العلني فيها. لقد كان الجنس سراً غامضاً من أسرار المجتمع. وكان لغزاً فزادته ألغازاً عمليات القمع الاخلاقية والاجتماعية. وعلى هذا فإذا كانت تظهر مشكلة في حياة فرد ما، فقد كان يسهل دمجها في عملية أخرى ذات استسرار غامض وهي الجنس. فالفرد يشعر بالوحدة، أو الغضب، أو الاندفاع، أو الاكتئاب والسبب غامض - وإذاً فالسبب مشكلة جنسية عميقة الجذور. وقد جاء «فرويد» في هذا المناخ الاجتماعي يناقش الجنس ومشكلاته بطريقة مباشرة ومثيرة للتحدي. وبهذا أصبح من الطبيعي أن يكون الانجذاب لكتابات فرويد وأفكاره مظهراً من مظاهر التغير والثورية على قيم بالية.

أما الآن فلم تعد أسرار الجنس خافية. ولم تعد نظرة الناس إليه نفس النظرة التي يحوطها الغموض. ولم يعد أثيراً لدى الناس - سواء كانوا معالجين أو طالبين للعلاج - أن يفسروا مشكلات البشر ذات الجذور الغامضة في ضوء شيء لم يعد بعد غامضاً.

ما تتميز به الاساليب الحديثة من العلاج:

وتختلف الاساليب الحديثة عن التحليل النفسي في أنها تهتم بشكل الاعراض بصورتها الراهنة وكما يعاني منها الشخص. فالمعالج لا يبحث عن الخوف المرضي في ذكريات الطفولة وعالم اللاشعور، ولا يعالج الخوف من خلال تصور أن الخوف نتيجة لمشكلة أعمق. إنه يعالج الخوف نفسه كما يشكو منه مريضه. فهو يعتقد أن علاج الخوف سيؤدي بعد ذلك إلى

تغيير الشخصية وليس العكس*. فالشخص بعد أن يتغلب على مخاوفه سيتسع نطاق الصحة النفسية أمامه، سيكتسب ثقته بنفسه، وستتغير أفكاره اللامنطقية عن طبيعة أعراضه.

والاساليب التي يستخدمونها لذلك مباشرة، وتركز على الشكوى، أو العرض في اللحظة الراهنة. هذا - وهنا - والآن: ذلك هو المنطلق الاساسي لنظريات العلاج الحديثة. فهي إذاً تركز على هذا العرض، أو الشكوى المباشرة (خوف - اكتئاب - قلق)، كما يحدث (هنا) في هذا الموقف أو ذاك بشكل خاص (خوف من أماكن مغلقة، خوف من أماكن متسعة، قلق من الجنس الآخر، قلق امتحانات، قلق مع الرؤساء.. إلخ) وكما تحدده النتائج المباشرة للعرض في البيئة (الآن) وليس بالرجوع للشهور والسنوات المبكرة من العمر**.

لنتناول على سبيل المثال حالة السيدة التي تخاف من الاماكن المغلقة التي بدأنا بها هذا الفصل. فقد يستخدم المعالج الحديث بعض أساليب التحليل النفسي لا ليعرف ما وراء العرض، ولكن لكي يكتشف بداية تكون المرض (الفوبيا) ثم قد يقوم بتشجيع المريضة على نواحي ضعفها. ولكنه بجانب هذا قد يعرض المريضة تدريجياً، لأماكن مغلقة تبدأ أولاً بالاماكن التي لا تستثير إلا قدراً قليلاً من الخوف (كمنازل الاقارب والاصدقاء) ثم الانتقال بها بنفس التدريج إلى الاماكن التي تستثير القدر الأكبر من الخوف والجزع. وبالطبع لا يتم ذلك ما بين يوم أو ليلة، وإنما على مدار فترة العلاج***. حتى يرسخ الاطمئنان في المواقف الأقل استثارة للقلق حتى الوصول لأكثرها استثارة له.

ففي حالة هذه السيدة إذاً يكون الاهتمام هو الخوف المرضي ذاته وليس ما وراءه من صراعات لا شعورية محبوسة منذ الفترات المبكرة من العمر. ويتجه العلاج مباشرة نحو هذا

* هناك دراسات تربو على المئات وتبين أن التخفف من الاعراض المرضية يؤدي إلى مزيد من الثقة بالنفس، والإيجابية الاجتماعية، وقليل من القلق والسلبية. أي أن علاج الأعراض يغير من نمط الشخصية ومن سمات لم تكن موضوعاً للعلاج.

** يرى الفرويديون أن هذه الاساليب قد تمثل تهديداً لتطور العلاج النفسي - فتجاهل المشكلة وعلاج الشكوى المباشرة (العرض) شبيه - في تصورهم باعطاء نقاط للتخفيف فقط من التهاب حاد في اللوزتين مثلاً. ويتفق المعالج الحديث في بعض الجوانب مع هذا ولا يعارضه. وسنرى فيا بعد أن المعالج يميز بين الشكوى الثانوية والمشكلة الرئيسية ولكن بمفاهيم وتصورات مختلفة عن التحليل النفسي. كما أن المعالج الحديث يهتم بخلفية المشكلة عندما يكون السبب عضوياً. فعلاج « التهتهة » أو نقص افراز غدة من الغدد قد يكون ضرورياً لتخفيف حدة القلق. أما في الحالات الاخرى كالاكتئاب فإن علاج العرض كمرض أمر ضروري.

*** تكون فترة العلاج أقل بكثير من فترات العلاج التي يتطلبها التحليل النفسي.. ففي العلاج السلوكي قد يستغرق العلاج ستة أشهر أما عن طريق التحليل النفسي فيستغرق ما بين ثلاثة أو خمسة أعوام.

الخوف وليس علاجه بطريقة غير مباشرة بتغيير الشخصية ككل كما يصر الفرويديون على ذلك.

وتختلف الأسس النظرية التي ينطلق منها المعالجون المعاصرون.. فهي عند البعض تكون نابعة من أفكار نظرية التعلم كما أثرتها عبقرية العالم الروسي الفذ «بافلوف»، ثم واطسون فيما بعد، وعند البعض الآخر يكون المنطلق النظري نابعاً من نظريات العالم الأمريكي المعاصر سكينر. وقد يكون المنطلق من نظريات الشخصية، أو نظريات التفكير.. إلخ. ومع أن الأسس النظرية فيما يبدو تشكل موضوعاً مثيراً للجدل بين المعالجين النفسيين هذه الأيام، فان اهتمامنا في هذا الكتاب غير موجه إلا في القليل نحو الأسس النظرية.. قد نتعرض لهذه النظرية أو تلك ولكن لكي نضع أصبع القارىء على العوامل التي تجعل من أسلوب معين صاحب فاعلية أكبر من أسلوب آخر.

فضلاً عن هذا فإن هناك ما يدل على أن الفرق بين معالج ناجح وآخر أقل نجاحاً لا تكمن في المنطلق النظري لكل منهم بقدر ما يتوقف النجاح على عوامل أخرى كثقة المعالج بنفسه، وانخفاض مستوى قلقه وقدرته على ابتكار طرق تدفع مرضاه للتحسن والعلاج، وتكوين علاقات دافئة بهم[٢].

تنوع الاساليب العلاجية بحسب تنوع آثار الاضطراب على الشخصية

وبالرغم من تركيز المعالج الحديث على شفاء الاعراض المباشرة فان هذا لا يعني أنهم ينظرون للمرض النفسي نظرة تجرده من طبيعته المعقدة والمركبة. ولا نبالغ إن قلنا بأن كل المعالجين الآن، بما فيهم المعالجون السلوكيون، يعلمون أن الاضطراب النفسي عندما يحدث يؤثر في مختلف جوانب الشخصية وهذا ما يجعله ذا طبيعة مركبة. وحتى لو لم يصرح المعالج أحياناً بهذا في كتاباته (بسبب منطلقاته النظرية)، فانه في الممارسة العملية لا يغفل عن تلك الطبيعة المركبة للاضطراب النفسي، وتكون محاولاته متجهة لهذا نحو إحداث التغيير في الشخصية بأية طريقة ملائمة، وبأي مدخل مناسب.. وقد يستخدم في ذلك بعض الاساليب التي تمده بها نظريات علاجية لا تتفق ظاهرياً مع نظريته. ومن ناحيتنا نعتقد أن تصنيف مدارس العلاج النفسي إلى مدرسة سلوكية أو فرويدية قد لا يكون ملائماً دائماً. قد يكون الملائم هو تصنيف الاساليب العلاجية بحسب فاعليتها في إحداث آثار علاجية في هذا الجانب أو ذاك من الشخصية المضطربة. ولما كنا نعتقد بأن الاضطراب النفسي عندما يثور يكون متعدد الجوانب من حيث آثاره على الشخصية

فيصيب بالاختلال: **الوظائف الوجدانية، والسلوكية الظاهرة، وأساليب التفكير، وأساليب التفاعل الاجتماعي**، فان تصنيف المناهج العلاجية بحسب فاعليتها وتركيزها على تعديل كل جانب من هذه الجوانب قد يكون أفضل. وعلى هذا فمن الممكن تصنيف الاساليب العلاجية إلى أساليب لتعديل الوجدان، وأساليب لتعديل السلوك، وأساليب تعديل التفكير فضلاً عن أساليب تعديل أساليب التفاعل الاجتماعي.. وفيما يلي بعض التفاصيل.

١ - يتعلق الجانب الوجداني أو الانفعالي من الاضطراب بدرجة تعرض الشخص لرحمة عدد من الانفعالات السلبية بالنسبة لموضوع الاضطراب كالخوف من الاماكن المغلقة، أو القلق مع الجنس الآخر.. أو الخوف من نماذج السلطة.. إلخ. ويعتبر أسلوب **العلاج التدريجي** الذي ستأتي الاشارة إليه في الفصل الثالث.. نموذجاً للأساليب المستخدمة في تعديل الانفعالات والمشاعر السلبية. ويقوم العلاج التدريجي على أساس تعويد المريض على مواقف تتشابه مع الموقف الاصلي المثير للقلق. ويستخدم هذا الاسلوب لإزالة الحساسية المبالغ فيها نحو عدد من المخاوف المرضية النوعية. وتتم إزالة الحساسية المبالغ فيها (الجانب الوجداني - من الاضطراب) باستبدال استجابات الخوف والقلق نحو هذه المواقف باستجابات تنفي تلك المشاعر السلبية وتعارضها. ولتيسير نجاح العلاج يستخدم الاسترخاء العضلي العميق (الفصل الرابع) للتغلب على الاضطرابات الفسيولوجية (التوتر العضلي) المصاحبة للاحساسات والمشاعر المرضية. ومن الاساليب التي تنتمي لتعديل الوجدان أساليب **تأكيد الذات**، وتقوم على تشجيع الفرد وتيسير الظروف له لكي يعبر عن انفعالاته بحرية وبتلقائية ما عدا التعبير عن القلق والجوانب الوجدانية السلبية (الخوف والانسحاب.. إلخ).

٢ - أما الجانب السلوكي للاضطراب فيتعلق بالتورط في سلوك ظاهر كالادمان، والعدوان، وتدمير الممتلكات، ويتفاوت السلوك الظاهري في التعبير عن الاضطراب من سلوك لفظي (كضعف معدل الكلام، أو البكم في حالة الطفل التي أشرنا إليها) إلى الاندماج في جوانب فعلية من السلوك المضطرب كايقاع العدوان بالآخرين، أو الادمان على المخدرات.. إلخ. ويعتبر **العلاج بالتنفير** نموذجاً لأنواع العلاج المستخدمة حالياً. ويقوم على أساس تقديم خبرات غير سارة بجوار السلوك الذي ترغب في التخلص منه أو علاجه، فمثلاً يعالج الادمان على الخمور باعطاء المتعاطي عقاقير مسببة للغثيان بعد الشرب مباشرة وذلك كالابومورفين

Apomorphine. ويعالج البوال اللاارادي باستخدام ما يسمى بـ « سرير ماورر »[٣] الذي صممه العالم النفسي الأمريكي Mourer. وهو سرير عادي يرقد عليه الطفل لكنه مصمم بحيث أن أي بلل فيه يؤدي إلى اغلاق دائرة كهربائية. تتصل بجرس كهربائي يرن بعنف فيوقظ الطفل قبل أن ينتهي من تبوله. وقد وجد أن كثيراً من الحالات قد عولجت بهذا الاسلوب وبلغت نسبة الشفاء ما يقرب من ٩٠% من الحالات. وبالرغم من أن كثيراً من المعالجين يعارضون هذا النوع من العلاج ويصفونه بأنه علاج آلي وأعمى إلا أن فاعليته في بعض الحالات لا شك فيها. وهناك شكل آخر من العلاج الموجه نحو تعديل الجوانب السلوكية من الاضطراب، ويسمى بتعديل السلوك أو استخدام التدعيم. في هذا النوع من العلاج يتعلم الفرد الاستجابة التوافقية الجيدة عن طريق تدعيمها. وكذلك يمكن ايقاف الاضطرابات وتعديل الجوانب الشاذة من سلوكه (عدوان أو انسحاب.. إلخ). عن طريق التوقف عن التدعيات التي تقدمها البيئة (بشكل مقصود أو غير مقصود) لهذا النوع من السلوك. وينجح الشخص في ايقاف السلوك السيء إذا ما ألغيت الرابطة بين السلوك المضطرب ونتائجه في البيئة. وتعتمد هذه المجموعة من أساليب العلاج على بحوث سكينر Skinner. وسنعرض في الفصل السادس لأسس التدعيم وكيفية إجرائه.

٣ - أما الجانب الفكري من الاضطراب فيشير ببساطة إلى مجموعة الافكار والمعتقدات والحجج (وربما القيم التي يتبناها الشخص) نحو ذاته ونحو بيئته بحيث تؤدي في النهاية إلى إثارة الاضطراب، أو تأكيده. فقد يتبنى الشخص الانسحابي فلسفة تقوم على أن البعد عن الناس غنيمة، وقد يتبنى الشخص الاعتمادي فلسفة تقوم على أن الانسان محكوم بالحظ والبيئة والسلطة، فلم المحاولة؟ وهو في ذلك يساعد على ابقاء أساليبه الشاذة في التوافق، ويبعد نفسه عن اختبار جوانب جيدة من السلوك الفعال والايجابي. ويلعب الجانب المعرفي دوراً كبيراً في الاضطرابات ذات المصدر الاجتماعي كالتعصب العنصري. فقد بينت البحوث أن المتعصبين يتبنون حججاً نحو موضوعات تعصبهم لا تتناسب مع الواقع. من هذا أن البيض في أمريكا يتبنون اعتقادات عن السود بأنهم أشبه بالحيوانات، وأنهم كسالى وعدوانيون.. ويقوي هذا من تعصبهم نحو الزنوج. وكذلك يتبنى السود المرتفعون في التعصب آراء سلبية عن البيض بتصور أن البيض ضعاف جنسياً ومتعصبون مما يوقعهم (أي السود) في ضروب من الاحراج والسلوك غير الملائم نحو النساء

البيض.. إلخ. وهناك بحث أيضاً يدل على أن «الروس» يعتنقون صورة سلبية عن الامريكيين، قريبة من نفس الصورة التي يعتنقها الامريكيون عن الروس[4].
ويقوم العلاج من هذا النوع على التعديل من طريقة ادراك المواقف وأفكارنا عنها مع تحليلها وتفسيرها. ومن أكثر النماذج المعاصرة لهذا النوع من العلاج ما يسمى بأسلوب العلاج عن طريق الدفع المتعقل Rational – emotive therapy أو العلاج المنطقي الذي يدعو له العالم الأمريكي البرت اليس Ellis صاحب معهد العلاج المنطقي في نيويورك. وفي هذا النوع من العلاج يقوم المعالج باستبدال أفكار المريض غير المنطقية عن نفسه، وعن الآخرين بأفكار منطقية تتناسب مع الصحة النفسية.* وقد توصل «اليس» إلى عدد من الافكار التي تشيع بين العصابيين والذهانيين بينما لا تشيع بين الاسوياء.. وسنعرض لها في الفصل السابع كما سنعرض لأهم الطرق المستخدمة في التعديل من طرق التفكير اللامنطقية.
وهناك أيضاً أساليب تقوم على تبصير المريض عقلياً بنتائج أفعاله وصراعاته. ولكن الادلة على فاعلية الاستبصار في تغيير السلوك ضعيفة للأسف. فالاستبصار قد يزداد نتيجة للعلاج، ولكن وجوده قبل العلاج لا يؤدي لتغييره كثيراً. فكثيراً ما يشكو الشخص بأنه يفهم تماماً الاسباب الاساسية لصعوباته، لكنه يعجز عن التخلص من الاعراض. وقد خصصنا الفصل السابع لهذا النوع من أساليب التعديل المعرفي.

ومن الاساليب التي تنتمي لهذه الفئة هذا النوع من العلاج الذي ينتهي بأن يعيد الشخص النظر لنفسه بطريقة ايجابية ومختلفة. فيتغير ادراكه لذاته، وعندما يتغير ادراك الذات يتغير السلوك، ويتم هذا بعدة طرق منها: تغيير طريقة اللبس والوضع الاجتماعي، أو التدعيم الايجابي للجوانب الايجابية في الشخصية. ومن الحالات التي استخدم فيها هذا الاسلوب بنجاح: حالة فتاة غير جذابة، مكتئبة وباهتة الشخصية، أخذ مجموعة من الطلاب يعاملونها - وفق خطة من العلاج - على أساس أنها شخصية جديرة بالاعتبار، وشديدة الحيوية والجاذبية والذكاء. وقبل نهاية العام استطاعت أن تكون أسلوباً سهلاً في التعامل مع الآخرين، كما استطاعت أن تكون أكثر جاذبية وثقة في امكانياتها[5]. وعندما ينجح الشخص في تكوين أسلوب معين في إدراك الذات فإن هذا يؤثر في شخصيته ككل. فيتصرف بطريقة تتسق مع الصورة التي يحملها عن نفسه. وقد يعنف، ويغضب، ويكتئب إذا لم يتبن الآخرون السلوك المناسب نحوه. وتزداد

فاعلية علاج التفكير إذا ما حدثت معه شروط أخرى منها:

احترام المريض للمعالج والثقة في إمكانياته، ووجود دافع للتغيير لدى الشخص نفسه، وأن يكون الشخص نفسه مرناً وذكياً، ويؤمن بالنتائج التي سينتهي لها هذا التغيير.

٤ - أما الجانب الاجتماعي من الاضطراب فيشير إلى الاضطرابات التي تصيب تفاعلات واستجابات الفرد الاجتماعية. ويعتبر الجنوح والجنسية المثلية نموذجين للاضطرابات الاجتماعية. ومن المعتقد° أن السلوك المضطرب ينشأ نتيجة لعملية اضطراب في تعلم السلوك الاجتماعي الجيد. وهناك نظرية ترى أن التوحد بالآخرين واتخاذهم قدوة يعتبر من المصادر الهامة في اكتساب أشكال السلوك التي يتبناها الفرد. فإذا كانت القدوة نفسها أو النموذج الذي يحتذيه الشخص كالأب ناجحاً وقوياً، كان من السهل أن يكتسب الفرد خصائص سلوكية جيدة، والعكس صحيح. ومن المعروف أن بعض أشكال الجريمة. والجناح تحدث بسبب أنواع خاطئة من التعلم الاجتماعي مصدرها توحد الطفل بنماذج جانحة.

وتتوقف نتائج التعلم الاجتماعي بطريق التوحد بالنماذج على السلوك الذي تتوحد به. فقد يتوحد الطفل الذكر بالام - دون الأب - لكثرة غياب الأب، أو موته وبعده عن الاسرة، وعندئذ يصعب عليه تعلم الادوار الاجتماعية الذكرية فتسهل فرصته فيما بعد لاقتناص الانحرافات الاستجناسية (اللواط)*. وعندما يحدث التوحد بأحد الوالدين من نفس الجنس - كما هو شائع في المجتمعات - فان الطفل يتجه ليتبنى الدور المناسب بما فيه النزعة إلى العدوان كما في حالة الاطفال الذكور. وتزداد نسبة الجنوح والعدوان بين الاولاد الذين يتوحدون بنماذج عدوانية جانحة.

وبالرغم من أهمية عمليات العلاج القائمة على التعلم الاجتماعي فان فاعليتها فيما يبدو تتوقف على أنواع معينة من الاضطراب. فعندما يكون الاضطراب النفسي من النوع الذي يسلك الشخص بمقتضاه ضد الآخرين (كالجريمة، والانحراف) قد يسهل تعلم الاستجابات الملائمة من خلال عرض نماذج لجوانب جيدة من السلوك. غير أن الاضطراب عندما يكون متحولاً ضد الذات (كالقلق والاكتئاب والانتحار)، فان من الصعب وضعه تحت ضبط العلاج من هذا النوع. فأنواع

* نسبة كبيرة من حالات الاستجناس تأتي من أسر مهدمة.. أي تنفصل الأم عن الزوج بينما يبقى الابن مع الأم.

الاضطراب الموجه نحو الذات تنشأ من خلال عمليات تعلم أخرى تصلح لها الطرق العلاجية السابقة.

استخدام العقاقير والاساليب الفيزيقية في العلاج:

بدأ استخدام العقاقير في علاج الاضطرابات النفسية منذ فترة مبكرة، إلا أن استخدام العقاقير منذ الخمسينات من أكثر الاساليب انتشاراً في داخل المصحات العقلية. والحقيقة أن المرضى العقليين أصبحوا أكثر تعاوناً بعد اكتشاف العقاقير. وتزداد أهمية العقاقير بالنسبة لحالات المرض العقلي ربما بسبب أن العوامل العضوية تلعب دوراً هاماً في نشأة الاستعداد للانهيار العقلي. وقد أدى انتشار العقاقير إلى زيادة في نسبة الخروج من المستشفيات ونقص في عدد النزلاء بالمستشفيات الأمريكية للطب العقلي. لكن نسبة العودة إلى المستشفيات والمصحات النفسية قد ازدادت.

وفي حالة القلق والاضطرابات الوجدانية الأخرى كالاكتئاب غالباً ما يصف الاطباء كثيراً من المهدئات كالفاليوم والباربيتوراتس، والادوية التي تبعث على النوم.. إلخ. وفي احصائية انجليزية تبين أن تكاليف المهدئات والعقاقير الطبية تصل إلى ما لا يقل عن ١٠٠ مليون جنيه استرليني في العام[٦]. ولا شك في أن العقاقير تؤدي إلى تغييرات سلوكية واضحة. فالمهدئات التي تستخدم مع المرضى العقليين تحول المهتاجين والعدوانيين إلى أشخاص هادئين. وتخفف العقاقير المضادة للقلق من التوترات العضلية، وتساعد على النوم، والقابلية للتغيير الايجابي. لكن العقاقير لا تؤدي إلى تغييرات شاملة، لهذا فلا بد أن تصحبها أساليب علاجية أخرى وبرامج وقائية. كما أن من أخطر ما يمكن أن تؤدي إليه الادمان عليها. وتعتبر المهدئات هي وحدها - بين فئات العقاقير الأخرى - القادرة على خلق ادمان واعتماد جسمي عليها. وهناك أيضاً العقاقير المنبهة كالامفيتامين، وهي تستخدم للارتفاع بالحالة المزاجية ولزيادة التيقظ، ويستخدمها كثير من الطلاب لاعانتهم على السهر بالليل كما يستخدمها الرياضيون لتعينهم على حسن الاداء[٧]. وبالرغم من أن «الامفيتامينات» لا تؤدي إلى الادمان الجسمي إلا أنها تخلق اعتياداً نفسياً. ويؤدي استمرار استخدام العقاقير على المدى الطويل إلى التوتر والارق، والارتعاشات وغيرها من الاضطرابات النفسية[٨].

وهناك العلاج بالتشنجات الكهربائية التي تقوم على وضع قطبين كهربيين على فودي المريض مع تمرير تيار كهربائي خلال المخ. وعلى الرغم من أن العلاج بالصدمات الكهربائية يبدو مفيداً في علاج بعض الحالات كالاكتئاب الحاد.. فإن تأثيره مؤقت، وتتحول نسبة كبيرة من الاشخاص إلى نفس الحالة بعد فترة من الزمن. كذلك من الثابت أن الاستمرار

في العلاج بطريق الصدمات الكهربائية يؤدي على المدى الطويل إلى آثار جانبية تكون أخطر من الاضطراب الاصلي. من هذه الآثار الجانبية الاصابات المخية وضعف الذاكرة، وفقدان القدرة على الاتجاه... وقد ناقشنا هذه القضايا في مقدمة الكتاب.

والخلاصة:

إن اكتشاف الأساليب الحديثة في العلاج، يعتبر ثورة شهدتها الأعوام الأخيرة، فلم يعد من الضروري أن يتحول آلاف المضطربين إلى مرضى مزمنين. وقد عرضنا لعدد من أساليب العلاج محاولين أن نبين أن هناك مناهج تستخدم بنجاح في علاج بعض الاضطرابات دون البعض الآخر الذي تصلح له مناهج من نوع آخر. وهكذا فعندما يكون الاضطراب مصحوباً بمخاوف مرضية أو قلق من مواقف محددة، فإن استخدام أساليب التدريج وتأكيد الذات وغيرها من أساليب **تعديل الاضطراب الوجداني** تنجح نجاحاً بالغاً في في التخلص من مصادر الاضطراب وتكون **أساليب التعديل** السلوكية من أحسن الوسائل في علاج الاضطرابات التي تكون متجهة ضد الآخرين كالعدوان وتدمير الملكية... إلخ. كذلك ينجح في حالات تعديل سلوك الأطفال عندما تكون الأعراض واضحة ويسهل تحديدها. على حين أن الأساليب التي تتجه إلى تعديل قيمنا وأساليبنا الفكرية والمعرفية الخاطئة تفيد أكبر إفادة في تناول الاضطرابات التي تكون الأعراض فيها متجهة ضد الذات كالاغتراب* ، والاكتئاب، والشعور بالنقص... إلخ. كذلك تصلح هذه الأساليب في علاج بعض الاضطرابات الاجتماعية التي تلعب الأفكار الخاطئة دوراً كبيراً في تدعيمها مثل التعصب والتحامل. على حين أن الأساليب المتجهة نحو تعليم أساليب جيدة من التفاعل الاجتماعي تكون فعالة في علاج الحالات التي يكون منشأ الاضطراب فيها راجعاً لأخطاء في التوحد بنماذج شاذة وغير ملائمة لإكساب السلوك الجيد وذلك كما في حالات الاضطرابات الاستجناسية والجناح... إلخ.

أما عن **الوقاية** فإن الجهد الذي يتم في هذا الميدان قليل، ولو أن من الممكن استخدام الاساليب المتعلقة بتحسين الوراثة خاصة في حالة الوقاية من الاضطرابات العقلية كالفصام. وهناك جهد أكبر يمكن أن يتم بالنسبة لتعليم الوالدين أساليب مناسبة من التنشئة. كما يمكن

* خاصة ذلك النوع من الاغتراب المصحوب بالعزلة الاجتماعية وعدم الحماس للقضايا الاجتماعية والعزوف عن المشاركة في حلها.. إلخ. والاغتراب هنا بالطبع يختلف عن المفهوم الفلسفي الذي يرى أن الاغتراب يعبر عن موقف فكري يتبناه الشخص تجاه تناقضات الحياة والظلم الاجتماعي.

التخلص من تأثير الازمات البيئية بخلق مناخ وقائي يؤدي إلى التخفف من الضغوط المرتبطة بجو العمل عن طريق الارشاد والتوجيه. ومن طرق الوقاية انتشار الثقافة، والمعرفة بالظروف المؤدية للاضطراب، بحيث يعامل المضطربون بقدر كبير من المشاركة الوجدانية والمودة. بدلاً من العزلة.. لكن خلق مناخ وقائي.. لا يغني عن ضرورة خلق أساليب فعالة من العلاج المباشر للاضطرابات الفردية عندما تثور.. ويعرض كل فصل من الفصول الآتية منهجاً في هذا الاتجاه.

مراجع وتعليقات

١ - لا بد من الاشارة إلى أن هناك خلافات شاسعة بين المحللين النفسيين. فبينهم من يعترف بأن « فرويد » صاحب تفكير تقليدي وأنه يربط نظريته بشكل متعسف بالجنس والعوامل البيولوجية.. لهذا انشق عليه عدد من تلامذته مثل « يونج » و « أدلر » وحاول كل منهم أن يكون نظرية مختلفة.

لكن بالرغم من اعترافنا بالاختلافات الشديدة بين علماء التحليل النفسي، إلا أن هناك خاصية تجمعهم جميعاً وهي أن الاعراض في رأيهم تعبر تعبيراً غير مباشر عن « المشكلة الحقيقية ». أما ما هي هذه المشكلة الحقيقية فهذا ما يختلف فيه أنصار التحليل النفسي. فهي عند فرويد مشكلة متعلقة بالتطور الجنسي والكبت في الطفولة، وعند « أدلر » هي عقدة النقص.. إلخ. كذلك يشترك المحللون النفسيون فيا بينهم في أن نظرياتهم لم تبن على نتائج تجريبية. بل أن فرويد تجنب المعالجة التجريبية لأفكاره، مما يجعل من المستحيل وزن الدلالة العلمية لثبات ملاحظاته ودقتها.. ومثله فعل « يونج » و « أدلر ». وبالرغم من أن المحللين النفسيين المعاصرين قد يندمجون بين الحين والآخر في دراسات علمية لاثبات آرائهم، فانهم يتبنون عموماً أسلوباً يستخف بالاحصاء، والتجارب العلمية.

للمزيد من الشرح عن نظرية التحليل النفسي والانتقادات التي وجهت لها أنظر:

أ - هول ليندزي، نظريات الشخصية. ترجمة فرج احمد فرج، قدري حفني، لطفي فطيم. الكويت: دار الشايع للنشر، ١٩٧٨. خاصة الفصل الثاني والثالث والرابع.

ب - أيزنك، الحقيقة والوهم في علم النفس، ترجمة قدري حفني ورؤوف نظمي، القاهرة: دار المعارف، ١٩٦٩.

كذلك أنظر لعدد من مؤلفات فرويد التي ترجم بعضها للغة العربية منها:

جـ - سيجمند فرويد، معالم التحليل النفسي، ترجمة محمد عثمان نجاتي القاهرة: دار النهضة العربية.

٢ - هناك عدة دراسات تبين أن شخصية المعالج بغض النظر عن انتمائه النظري لهذه النظرية أو تلك تساعد على اعطاء دفعات قوية للعلاج، مما يدفع بعض المعالجين إلى تركيز جهودهم في البحث عن أساليب فعالة دون النظر إلى ارتباطات بنظرية نفسية معينة. وهناك أيضاً ما يدل على أن المعالجين الناجحين يتشابهون في خصائص معينة مهما اختلف انتماؤهم النظري بينما تشابه الناجحين بالأقل نجاحاً في داخل النظرية الواحدة يعتبر أقل من ذلك. وعلى هذا فإن المعالج الناجح الذي ينتمي لنظرية التحليل النفسي أقل تشابهاً بزميله الأقل نجاحاً في نفس (النظرية) وأكثر تشابهاً في خصائصه من معالج ناجح ينتمي لنظرية العلاج الوجودي مثلاً. وقد تبين أيضاً أن الناجحين في العلاج النفسي يتميزون بخصائص منها: الدفء، والخلو من القلق، والثقة بالنفس، والقدرة على علاقة فعالة بمريضه. أنظر:

Frank. D. **Persuasion and healing.** Baltimore: John Hopkins Press, 1961.

٣ - Hans Eysenck **You and neurosis.** Britain, Glasgow: William Collins, 1978.

٤ - للمزيد عن العوامل الفكرية في تأكيد التعصب أنظر:

Bronfenbrenner, U. The mirror image in Soviet – American relation – a Social Psychologist approach. **J. of Social Issues,** 1961, 17, No. 3 pp. 45 – 56.

٥ - تبنى « ميشيل ارجايل » من اكسفورد - بريطانيا نظرية بينت له أن الاطفال يتوحدون بوالديهم بدرجة

معينة، بمعنى أنهم يتخذون من الآباء نماذج يحاكونها ويقتدون بها عند مواجهتهم لمشكلات الحياة المختلفة. فإذا كان الآباء أنفسهم من بين المتسمين بالطموح والجدية. فإن أطفالهم يكتسبون نمطاً مشابهاً من الشخصية. ويمكن الاستدلال على توحد الطفل بأحد والديه من خلال التشابه بين الصفات التي يصف بها الاطفال والديهم، والصفات التي يصفونها للشخص الذي يرغبون في أن يكونوا مثله. فإذا وصف الطفل الأب بالجدية والنجاح والذكاء، ثم بين أن ما يتمناه لنفسه هو الجدية والنجاح والذكاء.. فإن هذا التشابه يعتبر علامة جيدة على التوحد بالأب. وتبين دراساته على الاطفال الانجليز بأن تأثير الأب على الابن الذكر أكبر من تأثير الأم. فإذا أراد الوالدان لأبنائهم أن يكونوا قادرين على العمل الجاد والنجاح فإن عليهما فيما يرى هذا العالم أن يكونوا هم أنفسهم من القادرين بالفعل على العمل الجاد ومن الناجحين. كذلك يجب عليهم أن ينقلوا هذه الخصائص لاطفالهم من خلال تشجيعهم لهم على التوحد بهم. ولكي يحدث التوحد الناجح هناك شروط يجب أن تتوافر منها:

١ ـ أن يمضي الأب جزءاً من وقته في داخل منزله ومع أطفاله.

٢ ـ أن تكون العلاقة بين الوالدين والأطفال دافئة ومشبعة لكلا الطرفين.

٣ ـ وأن يكون الأب للطفل على قدر مرتفع من الجاذبية والفعالية، وأن يكون مقبولاً وفق معايير التقبل الاجتماعية المحلية. وقد وجد على سبيل المثال أن أطفال المهاجرين يميلون إلى رفض آبائهم كنماذج إذا كان المجتمع يعاملهم كغرباء أو طفيليين. ومن رأي « أرجايل » أن الصحة العقلية تتحسن إذا ما كانت علاقة الطفل بوالديه طيبة وإذا ما توحد اطفل بأحد الوالدين من نفس الجنس (يتوحد الطفل الذكر بالأب، وتتوحد الطفلة بالأم). ذلك لأن الأولاد الذين تتوثق علاقاتهم بالأم دون الأب يتحولون في كثير من الأحيان إلى السلبية والأنوثة وربما الجنسية المثلية (الاستجناس). وهناك من الدلائل ما يشير إلى صحة هذه النظرية من أن المستجنسين قادرون بصفة واضحة على أن يحتفظوا بتوحدات مذكرة أو مزدوجة (ذكرية وأنثوية معاً) أنظر شلدون كاشدان، علم نفس الشواذ، الترجمة العربية، الكويت: (دار القلم ـ ١٩٧٧). للاطلاع على تطبيقات نظرية التوحد أنظر:

أ ـ ميشيل أرجايل، علم النفس ومشكلات الحياة الاجتماعية، ترجمة عبد الستار ابراهيم، الكويت: دار القلم، ١٩٧٨ خاصة الفصل الثاني والثامن وكذلك:

Argyle, M. & Robinson, P. Two origins of achievement motivation. **British J. of Social and Clinical Psychology**, 1962, 1, 107 – 120.

٦ ـ أنظر ميشيل أرجايل. علم النفس ومشكلات الحياة الاجتماعية، المرجع السابق.

٧ ـ شيلدون كاشدان، علم نفس الشواذ، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة ومراجعة محمد عثمان نجاتي. الكويت، دار القلم، ١٩٧٧.

٨ ـ يقسم علماء العقاقير والاطباء العقاقير المختلفة إلى عقاقير مهدئة، وعقاقير منبهة أو منشطة، وعقاقير الهلوسة. أما العقاقير المهدئة فهي كالكحول والمورفين، والهيروين والمسكنات الطبية المختلفة، وتتضمن العقاقير المنبهة الكافيين (مادة القهوة) والنيكوتين والكوكايين والامفيتامين.. إلخ وتتضمن عقاقير الهلوسة مجموعة من العقاقير تؤدي إلى غياب الوعي والهلاوس ومن أهمها الحشيش أو الماريوانا والـ L.S.D. والمسكالين.

ويكمن خطر العقاقير المهدئة في أنها تؤدي إلى الادمان الجسمي. والادمان الجسمي يختلف عن مجرد الاعتياد أو التعود النفسي هو ما يحدث في حالة الامتناع عن العقاقير المنشطة. أما عقاقير الهلوسة فانها لا تؤدي إلى ادمان جسمي أو اعتياد ولكنها تؤدي إذا أسيء استخدامها إلى أعراض نفسية مختلفة منها الغيبوبة، والهلاوس البصرية والسمعية المفزعة فضلاً عن اضطراب السلوك الاجتماعي كالاتكالية الشديدة، والسلبية.

الباب الثاني

نماذج من أساليب
العلاج النفسي السلوكي الحديث



٣

علاج الاضطرابات الانفعالية بطريقة متدرجة

حالتا البرت وبيتر وما بعدهما:

كان « البرت » في شهره الحادي عشر عندما قام العالمان السلوكيان « واطسون » و « راينر » بتعريضه لفأر أبيض. لم تثر رؤية الفأر - في البداية - أي مشاعر بالقلق أو الخوف لدى « ألبرت »، إلى أن قام العالمان بتقريب الفأر حتى يصبح في متناول « ألبرت » الذي مد يده اليسرى يلمس الفأر ببراءة، وفي هذه اللحظة أطلق المجربون صوتاً عالياً حاداً من خلف رأس « ألبرت ». عندها قفز الطفل فزعاً مشيحاً برأسه وجسمه كله عن الفأر. تكرر هذا الاجراء إلى أن تأكدت تلك الاستجابة الانفعالية الحادة من « البرت ». وبمرور الوقت تحول مشهد الفأر - المحايد - إلى مصدر للخوف الشديد عند الطفل. فبعد سبع مرات من تعريض الفأر مقروناً بهذا القرع الحاد، بدأ البرت يصرخ طالباً النجدة عندما كان يشهد الفأر (حتى ولو بعيداً ودون أن يكون مصحوباً بهذا الصوت الحاد). فضلاً عن هذا فان مخاوفه لم تقتصر على مشاهدة الفأر بل بدأت تعمم نحو كل الاشكال ذات الفراء والمشابهة للفئران كالارانب والكلاب، ومعاطف الفرو... إلخ[1].

ومن المؤسف أن الطفل قد أخرج من المستشفى في الوقت الذي كان يفكر فيه المجربان في ابتكار بعض الطرق للعودة به إلى نفس حالته السابقة. لهذا فاننا لا نعرف ماذا حدث له بعد ذلك هل استمرت مخاوفه أم استطاع أن يتغلب عليها وأن يعود إلى طمأنينته المعتادة عند مشاهدة الفئران والارانب أو الأشكال الفرائية؟. وإذا شئنا التخمين فإن من المرجح إلى حد بعيد أن الخوف قد بدأ يصاحب البرت ويعايشه حتى بعد تجاوزه لسن الطفولة ما لم تكن هناك بعض المجهودات التي قدمت له للتغلب على مخاوفه*

* هناك بعض الاعتبارات الخلقية التي يجب الاشارة إليها في هذه الحالة. ذلك لأن التجريب على السلوك الانساني بهذه الطريقة يستثير عديداً من الاعتبارات الخلقية والانسانية ومن المؤكد أن قيام كثير من

وما يستنتج من حالة « ألبرت » هو أن كثيراً من جوانب الخوف والقلق والرهبة وعدم الثقة بالنفس وغيرها من أشكال العصاب ما هي إلا عادات سيئة اكتسبناها في مواقف مخيفة أو مؤلمة، أو مهينة للنفس. إننا نتعلم أن نكون مرضى. ونتعلم أن نكون مرضى أساساً بسبب خبرات مؤلمة تعرضنا لها البيئة.

وبنفس المنطق يمكن القول بأن ما نتعلمه يمكن أن نتوقف عن تعلمه، أو أن نتعلم عكسه. فاذا كنا نتعلم أن نكون **مرضى** فاننا يمكن أن نتعلم أن نكون **أصحاء**. والعلاج النفسي هو فن تعليم الناس أن يكونوا أصحاء أي خلوا من المخاوف التي لا معنى لها ومن المعطلات الانفعالية التي تعوق القدرة على التفكير السليم، وتحقيق الذات والطمأنينة. صحيح أن صغيرنا لم تتح له هذه الفرصة فيما نعلم. لكن ما البأس في أن نستنتج أيضاً بأن الخوف الذي تعلمه «ألبرت» كان يمكن أن يتخلص منه لو أننا عرضناه لتلك الاشكال - التي أصبحت الآن موضوعاً لمخاوفه - تدريجياً، وعلى أن تكون مصحوبة هذه المرة بخبرات سارة أو جذابة. والحقيقة أن هذا ما اقترحه المعالجان عند عرضهما لهذه الحالة، لقد اقترحا بأن الطريقة المثلى لعلاج « ألبرت » وتخليصه من مشاعر القلق والخوف أن نقدم له منبهاً مرغوباً (قطعة من الشكولاته، أو عناقه مثلاً) في الوقت الذي يظهر فيه الفأر عن بعد أولاً ثم نقرب الفأر تدريجياً في المرات التالية مع تقديم منبهات أخرى مرغوبة.

وعلى الرغم مما في هذا التصور من منطق وبديهة فان توظيفه للعلاج النفسي تأخر حتى عام ١٩٢٤. ففي هذا العام نشرت أول دراسة أكلينيكية لحالة طفل اسمه « بيتر » أمكن - بنجاح - إزالة مخاوفه المرضية من موضوعات مماثلة بتعريضه تدريجياً لتلك الموضوعات في الوقت الذي كان فيه الطفل يلتهم طعامه باسترخاء لذيذ وفق الطريقة الآتية: « في الفترة التي كان فيها الطفل جائعاً تم وضعه على كرسي مرتفع وأعطي بعض الطعام وفي هذه اللحظة أظهر الموضوع المخيف (الفأر) بهدف احداث استجابة سلبية (الخوف). وعندئذ بدىء في ابعاده تدريجياً عن الطفل حتى أصبح على مسافة بعيدة لا تهدد إطعام الطفل. لقد قدرت القوة النسبية التي عندها لا يتدخل حافز الخوف مع حافز الجوع، بالمسافة التي يجب أن يكون عليها الموضوع المخيف. ثم والطفل منهمك في طعامه، أمكن تقريب الموضوع المخيف تدريجياً نحو المائدة، إلى أن تم وضعه على المائدة نفسها، حتى

الباحثين بالتجريب على السلوك الانساني بهذا الشكل يعتبر من العوامل الهامة وراء الهجوم الشديد على العلاج السلوكي.

أمكن في النهاية أن يلمس الطفل »[٢].

وهذا المنهج هو نفس ما اقترح قبل ذلك بخمسة أعوام تقريباً، عندما أمكن إثارة مشاعر الخوف عند طفلنا « ألبرت »*.

* * *

وبالنظر إلى أن إزالة الخوف والقلق النفسي في الحالة السابقة تم بتعريض الشخص لانفعالات إيجابية معارضة لهذا القلق والخوف (إبعاد الموضوع المهدد واظهاره تدريجياً)، أطلق على هذا الاسلوب من العلاج مصطلح « الكف المتبادل »، وهو موضوع كتاب شهير ظهر ١٩٥٨، يلخص جهوداً علاجية لما يقرب من مائتي حالة من الخوف والقلق أمكن علاج ما يزيد على ٨٩٪ منها.. وهي نسبة تدعو إلى الاطمئنان دون شك.

والفكرة الرئيسية من مبدأ الكف المتبادل هي أنه إذا ما نجحنا في استثارة استجابة معارضة للقلق عند ظهور الموضوعات المثيرة للقلق، فان هذه الاستجابات المعارضة تؤدي إلى توقف وكف كامل أو جزئي للقلق ولهذا يبدأ الخوف في التناقص أو الاختفاء بعد ذلك[٣].

أذكركم بمثال « بيتر » الذي عرضنا له توا، فقد انتهى خوفه من الفئران بعد تقريبها منه تدريجياً وهو منهمك في طعامه. لقد أمكن ببساطة كف الخوف بتشجيع ظهور استجابة أو استجابات تتعارض معه: الطعام، والتقديم التدريجي للفأر، وعناقه مع بث الطمأنينة.

ولعل السؤال الذي يفرض نفسه هنا هو ما هي الاستجابات المعارضة للقلق، والتي إذا أمكن احداثها في حضور الموضوعات أو المواقف المخيفة أمكن بالتالي ايقاف القلق وكفه؟. وكيف يمكن احداثها وتطويرها لدى الناس في اضطراباتهم. الحقيقة أنه لا يوجد اتفاق محدد على عدد هذه الاستجابات أو نوعها. فأي سلوك ينميه الشخص من خلال خبراته الخاصة بحيث يكون من شأنه أن يوقف ويكف جوانب الاضطراب بمظاهره الفسيولوجية، أو الوجدانية، أو السلوكية، ينجح أن يكون سلوكاً كافاً للاضطراب.

* * *

التعرض التدريجي لمصادر الاضطراب:

وبالرغم من تعدد الاساليب التي يبتكرها المعالجون لايقاف القلق، وكفه، فان قليلاً منها قد حظي بالاهتمام العلمي الملائم، **والتطمين التدريجي** من بين تلك الاساليب القليلة

* نسبة النجاح في الطرق التقليدية من العلاج النفسي تصل إلى ٦٥٪ وهي أفضل قليلاً من نسبة الشفاء التلقائي دون علاج على الاطلاق.

التي حظيت باهتمام علمي كبير.

والتأمل في طريقة التطمين التدريجي يبين أنها تقوم على بديهة اجتماعية شائعة. فمن المعروف لدى الكثيرين بأن التعرض المستمر والمتوالي للمواقف - لأي موقف من مواقف الحياة - يغير من اتجاهاتنا نحو هذه المواقف. وينطبق هذا على كل المواقف التي تستثير الاضطرابات العصابية. كالمواقف المثيرة للقلق، أو الخوف والرهبة، والتحرج، والضيق.. إلخ.

وتشهد البديهة العامة أيضاً بأن هناك طريقتين ينصح بها الناس عند مواجهة هذه المواقف وهما: إما التعرض الكلي للموقف أو التعرض التدريجي. فالبعض قد ينصح شخصاً خائفاً من السباحة بأن يلقي نفسه في الماء وأن يحاول. وبالمثل فقد ينصح البعض شخصاً ما بعد أن حدثت له حادثة في سيارة أو من مركبة عامة أن يعود من جديد لمكان الحادث أو للموضع المؤلم مواجهاً إياه مباشرة حتى تتحيد مشاعره نحوه.

لكننا نجد في كثير من الاحيان أن الحكمة تتطلب التدرج. والواقع أن التخلص من الخوف مثلاً بتعريض الشخص تدريجياً للأشياء أو الموضوعات التي تثيره (كالظلام والاماكن الواسعة، أو الاماكن العالية، أو الضيقة.. إلخ) كان - ولا يزال - من الفنون الرئيسية التي تتجه لها بديهة الانسان المتمرس بالحياة.

لاحظوا مثلاً مشهد الطفل الذي يصرخ بفزع لأنه شاهد ضيفاً أو زائراً غريباً يلتحي بلحية سوداء.. أو يلبس نظارة أو يرتدي زياً غريباً لم يشاهده الطفل من قبل. إن كثيراً من الآباء يدرك أن هذا القلق والفزع لا يمكن التخلص منهما بدفع هذا الطفل نحو هذا الضيف وتأنيبه على ذلك. لكن حكمة الأب قد تدفعه - مثلاً - إلى أن يحمل الطفل مهدهداً إياه، بينما يبادل الضيف بعض الاحاديث الودية. وهكذا سنجد تدريجياً أن الطفل قد أخذ يختلس النظرات إلى مشهد الضيف الغريب وهو في موقعه الآمن مع الأب. وها هي ذى الآن نظرات الطفل المختلسة تستمر للحظات أكثر وأكثر متحولة إلى نظرات ود وصداقة. قس على ذلك ما يقوم به الآباء المجربون عند تشجيع الطفل على السباحة، أن الأب لن يدفع بالطفل دفعاً مفاجئاً إلى الماء. لكنه سيبدأ بدلاً من ذلك مقرباً إياه من الماء تدريجياً دون إثارة أي مشاعر بالخوف أو القلق. بل على العكس قد يخاطب الطفل بكلمات تشجيع لطيفة. وقد يرفعه قليلاً من على أرض الشاطىء عندما تقترب موجه عنيفة.. لكنه بالتدريج يقرب قدمي الطفل ثم ساقيه إلى الماء ثم جسمه كله. إن الطفل وربما فيما لا يزيد عن عشرة دقائق قد يصبح بكامله في البحر يضرب المياه من حوله بسرور ونشوة.

والحكمة ما جرت شريعة بعض المجتمعات البدائية على وضع أفرادها في طقوس قاسية

متدرجة قبل أن يسمح لهم بأداء الادوار الرشيدة. ولنفس الحكمة تتجه المجتمعات الحديثة إلى استخدام أسلوب التدريج في تنشئة الاطفال وتدريبهم على المشي والحركة والكلام. كذلك تتجه كثير من مؤسسات الضعف العقلي إلى استخدام نفس هذا الاسلوب مع ضعاف العقول لتدريبهم على رعاية النفس، وإرضاء متطلباتهم الرئيسية، والتطور بهم إلى مستويات أرقى من النمو الحسي والحركي والفكري.

وتقوم طرق العلاج النفسي - السلوكي بطريقة التطمين التدريجي على نفس المبدأ: ابتكار وسائل لتشجيع العصابي على مواجهة مواقف القلق والخوف تدريجياً. والهدف الرئيسي من ذلك تحييد مشاعر المريض العصابية بالغاء الحساسية المبالغ فيها نحو تلك المواقف. ويكون من خلال التعرض التدريجي للموقف أو المواقف المثيرة للقلق مع احداث استجابات معارضة لهذا القلق أثناء عرض كل درجة منه إلى أن يفقد هذا الموقف تماماً خاصيته المهددة ويتحول إلى موقف محايد، أي إلى أن تلغى العلاقة بين المنبه والاستجابة العصابية (القلق أو الخوف.. إلخ)؟. وتدل البحوث المتراكمة أن هذه الطريقة في علاج الامراض النفسية والسلوكية ذات فاعلية لا شك فيها. وعلى سبيل المثال أمكن استخدام طريقة التقريب التدريجي للمواقف المؤلمة في علاج المرضى في مستشفيات الصحة العقلية. فلقد أمكن لمجموعة من المرضى الخائفين من الاماكن المغلقة والواسعة أن يتخلصوا من هذا القلق وفق خطة قام بها عالم نفسي، وتقوم على تعريضهم تدريجياً وببطء لهذه الاماكن. كذلك أمكن علاج مجموعة من المخاوف المرضية المتعلقة بالخوف من المستشفيات أو المدارس لدى مجموعة من الاطفال الصغار باستخدام نفس هذا الاسلوب. أضف إلى ذلك حالة الطفل « بيتر » التي سبقت الاشارة إليها وغيرها مما سيأتي الحديث عنه بعد قليل[4].

أسلوب التطمين التدريجي في منظور تاريخي:

بالرغم من أن الصياغة النظرية لاسلوب التطمين التدريجي، وتوظيفه للعلاج بدأت في فترة حديثة، فان المتتبع لتاريخ العلاج النفسي قد يتعرف على بعض الاساليب العلاجية القريبة مما يدل على أن هذا الاسلوب لم يخف على خبرة المعالجين النفسيين السابقين. ففي سنة ١٩٢٢ يشرح الطبيب النفسي الالماني المشهور كريتشمر **Kretchmer** طريقة في العلاج النفسي سماها **التعويد المنظم**. ويسوق كريتشمر كشاهد على فاعلية أسلوبه حالة شاب في الثلاثين من عمره كان يعاني من الخوف الشديد عندما يجد نفسه في أماكن فسيحة أو في شارع مما دفعه إلى الامتناع عن الخروج من منزله لشهور عدة، وتطور الأمر به إلى أن أصبح يخشى الخروج من حجرته. وقد بدأت خطة العلاج بأن أمكن تشجيع المريض أن

يسير - مصحوباً بالمعالج - لمسافات قصيرة كانت تزاد تدريجياً. ثم تمّ استبدال الطبيب تدريجياً بشخص آخر.. إلى أن أمكن للمريض السير وحده خطوات قليلة خارج المنزل كانت تزاد تريجياً من يوم إلى آخر.. حتى أصبح بامكانه السير والرحيل إلى أماكن بعيدة وغريبة.

حالة المرأة - الميدان:

وقريب من هذا أسلوب استخدمه أحد المعالجين سنة ١٩٢٣ لشفاء إحدى المصابات بمرض الخوف من الاماكن الفسيحة وفق خطة مماثلة بالشكل الآتي:

« تضمنت الخطوة الأولى في علاجها أن نصحبها إلى ميدان فسيح مجاور. وفي الميدان طلبت منها أن تعود إلى المنزل بمفردها. وبالرغم من أن البرودة شملت يديها، واعترى الشحوب وجهها، وازدادت نبضاتها، وجف ريقها، فانها اعترفت بأن هذه الطريقة قد أفادتها عن أي طريقة حاولتها من قبل. وفي اليوم التالي طلبت منها أن تكرر الذهاب إلى الميدان والعودة إلى المنزل بمفردها عدداً من المرات »[٥].

وفي ميدان التحليل النفسي يعتبر التطمين المتدرج عملية علاجية من شأنها أن تمكن المريض تدريجياً من مواجهة المواقف المؤلمة وتقبلها. ويعترف بعض المحللين النفسيين من أن قيمة الاعتراف والتداعي أمام المعالج تنبع من أن احساسات الشخص نحو هذه المواقف تبرد وتقل... إن المرضى يجب أن يعرضوا أنفسهم لهذه المواقف التي تأتيهم بانفعالات مؤلمة. فإذا كان المريض مثلاً خائفاً من الأماكن المغلقة فإنه يمكن أن نطلب منه في اليوم الأول للعلاج أن يغلق باب حجرته للحظات قصيرة، وفي اليوم التالي قد تزاد هذه اللحظات إلى عشرة دقائق... ثم إلى نصف ساعة يومياً إلى أن يكتشف من خبرته العملية أن باستطاعته تحمل مواقف الخوف .

حالة الطبيب الجزع:

وفي عام ١٩٤٩ عولجت بنجاح حالة طبيب مصاب بعصاب الخوف من الاماكن المغلقة باستخدام أسلوب التطمين مع استخدام الاسترخاء عند تخيل موقف الخوف، وذلك بأنه كان يطلب من المريض أن يتخيل مشاعره وهو في مكان مغلق، وأن يسترخي مطمئناً وهو يفعل ذلك. كذلك طلب منه أن لا يجعل من خوفه المتخيل أقوى من هدوئه واحساسه بالامان، وذلك بأن يبعد تفكيره عن موقف التهديد إذا ما شعر بأن الخوف يشتد. وربما تعتبر حالة الطبيب الجزع أول حالة يستخدم معها أسلوب التطمين المتدرج بالاعتماد اعتماداً رئيسياً على إثارة خيال المريض والاسترخاء وإثارة أحاسيس معارضة للخوف. وهي من

الخصائص التي تميز الاساليب الحديثة من التدريج كما سنرى.

وفي سنة ١٩٦٢ عرض «بتلر» لحالة الطفلة «مارجريت» التي كانت في شهرها الحادي عشر عندما أرادت أن تقف مستندة على حمام السباحة المنزلي، فزلت وسقطت بعنف، وأخذت تصرخ بشكل حاد. وبعدئذ قاومت بشدة وبصراخ شديد أي محاولة من قبل الابوين لاعادتها للاستحمام أو لتشطيفها. ومن الغريب أن الابوين لاحظا بأن مارجريت بدأت تخاف أيضاً من أي مصادر للماء بما في ذلك صنابير الماء في المنزل والماء نفسه. وقد أمكن للمعالج أن يعالج مارجريت بنجاح في برنامج من أربعة أجزاء في خلال شهر (أيزنج، الحقيقة والوهم في علم النفس، ص ١٤٨). في الجزء الأول وضعت لها مجموعة من الدمى في حوض الحمام الفارغ. وتركت حرة تماماً في الذهاب إلى غرفة الحمام وتناول الدمى، فكانت تدخل غرفة الحمام وتخرج دمية من الحوض ولكنها لا تبقى بالقرب منه. وفي الجزء الثاني من العلاج وضعت الطفلة مرتين على مائدة المطبخ بجوار حوض الغسيل بينما امتلأ الحوض بالماء، والدمى تطفو فيه. وقد صرخت في البداية حينما اقتربت من الماء، وعندئذ وضعت الدمى أمامها على الجانب الآخر من الحوض وعلى رف فوقه بحيث تضطر إلى السير في الحوض لكي تصل إليها. وأخيراً دخلت الماء مترددة وبكت قليلاً حينما ابتلت. أما في الجزء الثالث فقد تم اعطاؤها «الحمام في أثناء تبديل ملابسها في حوض غرفة الحمام، وقد أعطيت دمية محببة لتلعب بها، ولكن المرآة المعلقة فوق الحوض أثارت اهتمامها أكثر وسرعان ما تحول بكاؤها في البداية إلى صرخات سعيدة ثم بدأت أيضاً تلعب بالماء وفي ذات الوقت تلعب بالرشاشة في الفناء. وكانت الخطوة الرابعة والأخيرة هي إعطاء مرجريت الحمام أثناء تبديل ملابسها في حوض الحمام وبماء جار. وقد عارضت ذلك في البداية بالصراخ ولكن الاحضان الأبوية والحزم أوقفاها عن البكاء بعد يومين. وقد شفيت «مرجريت» بعد شهر واحد من العلاج وأصبحت تلعب بشكل طبيعي واختفى خوفها من الصنابير والاحواض، بل انها أيضاً أبدت سلوكاً مرحاً باللعب في الماء فكانت تجري بحماس إلى البركة الضحلة في الفناء الخلفي وتطرطش الماء من حولها في سعادة بالغة.. ولم يعد هناك شك في أن مخاوفها الاصلية قد اندثرت تماماً. ويعلق بعض الكتاب فيما بعد على حالة مارجريت بأنه: «لو أن تلك الحادثة التي تعرضت لها هذه الطفلة حدثت قبل ذلك التاريخ بخمسة أو عشرة أعوام فإنها من المؤكد لم تكن لتلقى رعاية مهنية تساعدها على الخروج من أزمتها»[٦].

وبالرغم من أن هذه الحالات التي عرضنا لها يبدو عليها جميعاً طابع البساطة.. فمصادر الخوف معروفة.. والاستجابة كانت سريعة.. فاننا سنبين في ثنايا هذا الكتاب

بأنه من الممكن تعميم نفس هذه المبادىء النظرية على حالات أكثر تعقيداً... حالات لا تكون فيها مصادر القلق والخوف ذات مصدر واحد كما في حالة الصغير البرت أو الطفلة مارجريت.. بل يتكون القلق فيها من عدد من العناصر، وقد لا تكون هذه العناصر متشابهة دائماً.

إن معطيات هذا الاسلوب الايجابية في علاج الحالات البسيطة والمعقدة على السواء يوحي دون شك بأن هذا الاسلوب يؤدي إلى فوائد علاجية وتغييرات ملموسة وثابتة لدى عملاء العيادات النفسية ممن يعبث القلق بحياتهم عبثاً ملحوظاً.

خطوات علمية - علاجية
لاجراء التطمين المنظم

تتكون طريقة اجراء التطمين المتدرج عادة من أربع مراحل هي: ١ - تدريب المريض على الاسترخاء العضلي، ٢ - تحديد المواقف المثيرة للقلق، ٣ - تدريج المنبهات المثيرة للقلق، ٤ - التعرض لأقل المنبهات المثيرة للقلق (إما بطريق التخيل أو في مواقف حية) مع الاسترخاء، ثم التدرج لمواقف أكثر فأكثر.. وفيما يلي بعض التفاصيل عن كل مرحلة:

أولاً: تدريب المريض على الاسترخاء (بالشكل الوارد في الفصل الرابع) وعادة ما يستغرق عشرين دقيقة في كل جلسة من الجلسات العلاجية الست الأولى.

ثانياً: تحديد المنبه الرئيسي المثير للقلق (خوف من الاماكن المغلقة، خوف من الحديث أمام الناس، خوف من التعبير عن العدوان، خوف من تأكيد الذات.. إلخ).

وبالرغم من أن تحديد المواقف التي تستثير القلق قد يبدو يسيراً، إلا أن هناك نقطة حيوية يجب التنبيه لها. ذلك لأن طالب العلاج في كثير من الأحيان قد يفصح عن شكوى أو مشكلة دون أن تكون هي المشكلة الرئيسية في حياته. **فالكثير من الشكاوى الظاهرة قد تغطي اضطرابات انفعالية لم نعبر عنها صراحة**[٧].

وكمثال لذلك حالة (ت) مهاجر مصري للولايات المتحدة الأمريكية في الأربعين من عمره، يقيم في الولايات المتحدة منذ سبعة أعوام. متزوج وله خمسة أطفال. يعمل في شركة مشهورة منذ تاريخ وصوله للولايات المتحدة. وقد دل تاريخه في العمل على نجاحه وتفوقه طوال هذه المدة. جاء يطلب مشورة الكاتب لأنه في الفترة الأخيرة قد بدأ يكره عمله، وأنه يفكر في تركه.. بالرغم من أنه لم يجد عملاً آخر بعد وأنه فيما يعبر يشعر بأن «كابوساً يكبس عليه» عندما يخرج من منزله كل صباح إلى مكان العمل.

وبالرغم من أن هذا القلق قد يعبر عن قلق شائع لدى الكثيرين وهو قلق العمل. إلا أنه بسؤال (ت) تبين أن قلقه يقوم على قلق آخر وهو عجزه عن تأكيد نفسه في العمل خاصة مع رئيسه وزملائه الأمريكيين في العمل الذين - كما يصفهم - أقل منه بكثير من حيث الكفاءة في أداء العمل.

ومن المهم إذاً أن نتبين أن الاسباب الرئيسية وراء القلق المباشر الذي يبثه طالب العلاج لمعالجه قد يكون في كثير من الاحيان أهم من حيث دلالاته العلاجية، والتنبه لذلك ضروري ويوفر على المعالج وعلى المريض على السواء جهداً ضخماً. لذلك فإن الخطوة الأولى التي يجب التنبه لها عندما تثور حساسيتنا المرضية نحو بعض الاشياء أن نحدد ما إذا كان ذلك القلق أساسياً أم ثانوياً (أي راجعاً لأسباب أخرى أساسية).

ولنتأمل هذه المحادثة التالية بين معالج نفسي وشاب في الثانية والثلاثين من العمر. يعمل مهندساً كهربائياً. وقد جاء يطلب النصيحة بصدد قلق عنيف بدأ يتملكه عندما يجد نفسه في مكان ضيق. ويبين سير المحادثة الآتية أن خوفه من الاسانسيرات إنما هو خوف ثانوي يداري به قلقاً أساسياً متعلقاً بحياته الجنسية مع زوجته الشابة.

المريض: لدي خوف من الأماكن الضيقة.

المعالج: أوضح أكثر؟.

المريض: أشعر بقلق، وبالعجز عن التنفس. وأحياناً تسوء حالتي واضطر للخروج جرياً لأستعيد قدرتي على التنفس واستنشاق هواء نقي. شيء فظيع.

المعالج: أريد أن أعرف شيئين أساسيين. متى بالضبط، وأين تشعر بهذه الحالات. لنبدأ بمتى بدأت هذه الحالة تظهر لديك؟.

المريض: (يفكر). أنا سني الآن ٣٢ سنة (يحاول أن يحسب) بدأت أشعر بهذه الأشياء في التاسعة والعشرين.

المعالج: يعني بدأت منذ حوالي ثلاث سنين.

المريض: آه تقريباً.

المعالج: كيف كان حالك في تلك الفترة؟ يعني هل كانت هناك مشكلات مختلفة منذ ثلاث أو أربع سنوات؟.

المريض: لا أظن. كنت عادياً وأنا أستقل الاتوبيس من المنزل للعمل كل يوم. لم تكن هناك مشكلات.

المعالج: طيب ما الذي حدث منذ ثلاث سنين في تصورك؟.

المريض: مجرد شعور بأنني خائف ومشدود الأعصاب. بدأ ذلك لأول مرة عندما كنت

أستقل الاسانسير وكان مزدحماً والجو فيه حار وخانق. لذلك تركته وأخذت الدرج. لكنني بدأت بعد ذلك أتجنب حجرة الاجتماعات لأنه لم تكن بها نوافذ. وعندما كنت أضطر لحضور اجتماع فيها كنت أشعر بالضيق والاختناق. وحاولت أن أتعاطى بعض المهدئات، ولكن دون فائدة. وحتى الآن لا زلت أبقي كرسي مجاوراً للباب حتى إذا أحسست بشيء ما أستطيع أن أهرب سريعاً. لا أدري لم؟. ذهبت للدكتور فقال إنها عداوة مكبوتة.

المعالج: وهل أفادك هذا التفسير شيئاً؟ أعني ما الذي فعلت به؟

المريض: لا أدري.. لم أعرف ماذا أفعل به.

المعالج: حتى أنا لا أدري.. على أية حال دعنا الآن نرجع بالذاكرة قليلاً إلى ما كان يحدث في حياتك منذ ثلاثة أعوام. لا أعني خوفك من الأماكن الضيقة، لكني أي حوادث عامة أو خاصة حدثت آنذاك؟

المريض: تعني أي شيء.

المعالج: نعم أي شيء تذكره.

المريض: هه.. دعني أفكر لحظة (همهمة.. تنهد) منذ ثلاث سنين؟ لقد تزوجت منذ ثلاث سنين. غير أني لا أرى هناك أي علاقة بين ما حدث آنذاك وبين ما أنا فيه الآن.

المعالج: هل تعتقد أن هناك علاقة ما؟.

المريض: لا أرى ذلك، مجرد اتفاق زمني.. أليس كذلك؟

المعالج: من الجائز.. غير أنني أشعر أنك تدافع أكثر من اللازم في هذه النقطة.

المريض: لا.. إنني لا أرى أية صلة.

المعالج: إذاً هل تعتقد أننا يجب أن نبحث عن الصلة؟

المريض: أتريد اللف.

المعالج: لا أعني.

المريض: أنظر، إنني لا أريد أن أطلق زوجتي.. حتى وإن كانت هناك صلة أنا لا أريد الطلاق.

المعالج: ومن يتحدث عن الطلاق؟

المريض: آه.. يعني.

المعالج: اسمعني.. أنظر حتى لو وجدنا بعض المشاعر السلبية نحو زواجك لم لا نحاول أن نفكر في علاج المشكلات وأن نخلق لديك شعوراً بحرية الحركة من خلال الزواج

بدلاً من الانفصال والهدم؟.. أعني أننا لم نكتشف بعد وجود صلة ما بين زواجك ومخاوفك من الاماكن الضيقة. قد نجد تلك الصلة أو لا نجدها. لكن إذا كنت تشعر أن هناك مشكلات ما في حياتك الزوجية فلماذا لا نحاول مواجهتها وحلها حتى وإن لم تكن لها صلة بمخاوفك من الاماكن الضيقة؟ قد يكونا مشكلتين منفصلتين أو مترابطتين لكن واضح أنك تقفز لاستنتاجات وتتصور أنني سأهدم حياتك الزوجية.

المريض: فهمت.. جميل.. نعم هذا معقول. لقد تزوجنا لأنه كان يجب علينا أن نتزوج. هل يعني هذا شيء لديك؟ أعني كنا ننوي الزواج ولكن ليس بسرعة. لقد عجلنا بالزواج بسبب حمل مفاجيء.

المعالج: هه... تعني أن مخاوفك من الاماكن الضيقة من المحتمل أنها بدأت بعد حمل صديقتك، يعني زوجتك حالياً؟ كيف استجبت لذلك؟

المريض: حاولنا أن نفكر في حلول. فكرت مثلاً أنه لو حدث اتصال جنسي عنيف بيننا قد يساعد ذلك على استئناف العادة الشهرية. لكن ذلك لم يفد بالطبع. بل أدت إلى استجابات غريبة شعرت بأنني أرتكب جريمة قتل. يبدو أنني كنت أريد البحث عن صلة بين خوفي وبين موت الطفل كتفسير فرويد مثلاً؟ فقد أصابني في إحدى المرات بعد اتصال جنسي معها خوف بأن الجنين يختنق. ربما كنت أريد للجنين أن يموت وبالتالي بدأت أشعر بالذنب. إنما لا أفهم لماذا يبقى هذا الشعور حتى الآن وقد بلغ ابني سنتين وأحبه ولا أتمنى موته. قال دكتوري السابق إن هذا بسبب رغبات لا شعورية مستمرة في موت زوجتي وطفلي.

المعالج: وهذا لا يقودنا إلا إلى طريق مغلق. دعنا نرى الآن ونتأمل في لماذا يستمر خوفك من الاماكن الضيقة. أخبرني أولاً كيف تستجيب زوجتك لمشاعرك بالخوف؟.

المريض: متفهمة للغاية.

المعالج: جائز أنها متفهمة أكثر من اللازم؟

المريض: ماذا تعني؟

المعالج: جائز أنها بتفهمها تشجعها فيك.

المريض: لا أظن.

المعالج: على أية حال دعني أسأل سؤالاً ثانياً: حدثني عن علاقتك الجنسية بزوجتك؟

المريض: سؤال غريب حقاً (لحظة صمت) الحقيقة أنني الآن لا أحتمل الاتصال الجنسي

بها.. وأشعر بأنني على وشك السقوط.

المعالج: بماذا تشعر بالضبط؟!

المريض: دعني أتذكر. أشعر كأنني في مصيدة وكأني مضغوط عليَّ...عاجز عن التنفس ومختنق.

المعالج: لدي احساس أن زوجتك رغم حبك لها من النوع المسيطر. كانت ولا تزال المسيطرة. لهذا أرى أننا نستطيع علاج خوفك من الاماكن المغلقة لو نجحنا في علاج مشكلاتك معها. إنني أرى بوضوح بعض الجوانب السلبية بينك وبين زوجتك. لهذا أريد أن أراكما في المرة القادمة معاً حتى نصل سوياً إلى وسيلة أفضل لتحسين علاقتكما[^].

هنا نلاحظ إذاً أن الشكوى المباشرة جزء من مشكلة أعمق تتعلق بحياة المريض وعلاقاته الاجتماعية الزوجية الخاصة.. لهذا يجب أيضاً أن تتضمن خطة العلاج التركيز على تلك المشكلات. ولهذا فلا بد في كثير من الاحيان من معالج نفسي ماهر يساعد عميله من خلال الاسئلة الذكية والصريحة إلى التوصل للب المشكلة الحقيقي.

ويمكن بالطبع التوصل لذلك من خلال عدد من الوسائل منها: الاسئلة الاستكشافية التي يسألها المعالج، ومنها الاطلاع على تاريخ حياة الشخص وسؤاله عن الملابسات التي صاحبت ظهور اضطراباته... فقد تكون هذه الملابسات هي السبب الرئيسي للقلق (كما في حالة الشاب السابق الذي ظهرت مخاوفه من الاماكن الضيقة مصاحبة لزواجه)... ويمكن أخيراً استخدام استخبارات الشخصية.

ثالثاً: تدريج المنبهات المثيرة للقلق.. موقفاً موقفاً:

بعد أن نتمكن من حصر جوانب القلق الرئيسية التي سنعالجها وبعد أن يتم لنا الحكم بأن تلك المواقف رئيسية وليست هامشية تبدأ مرحلة أخرى من العلاج. يضع المعالج المواقف المثيرة للقلق في قائمة مدرجة، أي قائمة من المواقف التي تستثير القلق في حياة المريض بدرجات متفاوتة، بحيث يوضع الموقف الذي يستثير أعلى درجة من القلق أو الخوف في أعلى تلك القائمة، ويوضع أقلها استثارة في أسفل القائمة. أما الحكم بهذا التدريج فهو يتوقف على الشخص نفسه بالطبع، إذ يطلب منه المعالج أن يرتب فقرات كل موقف من مواقف جانب معين من القلق بطريقة هرمية من القاع إلى القمة بحيث يبدأ بأقل المنبهات إثارة للخوف ويصعد إلى أشدها إثارة... ولنتأمل كمثل من أمثلة الترتيب التدريجي نوعين من المخاوف هما الخوف من الامتحانات... والخوف من الرفض الاجتماعي.

أ - ففي حالة الخوف من الامتحان يمكن أن تدرج المنبهات المثيرة للقلق وفق هذا الترتيب:

١ - شهر قبل الامتحان
٢ - أسبوعان
٣ - أسبوع قبل الامتحان
٤ - خمسة أيام قبل الامتحان
٥ - أربعة أيام
٦ - ثلاثة أيام
٧ - يومان
٨ - يوم واحد قبل الامتحان
٩ - في الطريق إلى الجامعة يوم الامتحان
١٠ - انتظار فتح صالة الامتحان
١١ - في انتظار توزيع ورق الاسئلة
١٢ - ورقة الاسئلة مقلوبة
١٣ - قراءة ورقة الاسئلة.

ب - الخوف من كراهية الناس (الرفض):

١ - التقدم لطلب عمل يحتاج لاجراء مقابلة شخصية.
٢ - الوجود في تجمع أو حفل من أربعة أشخاص.
٣ - الابتعاد عن النشاط الاجتماعي لمجموعته.
٤ - مخاطبة مجموعة من الاشخاص.
٥ - شخص آخر يحاول أن يتلمس له العيوب.
٦ - تهكم من الزوج (أو الزوجة) والاصدقاء.
٧ - تعليقات استهزاء من الاصدقاء.
٨ - تعليقات من الزوجة (أو الزوج) تدل على التقليل من شأن الشخص (أي استهزاء).

والذي يجب تأكيده على أية حال أن وضع هذه التدريجات يتوقف على الشخص نفسه، بمعنى أنه لا يجوز تطبيق التدريجات السابقة آلياً على أي شخص حتى ولو كانت مخاوفه من نفس النوع. فعلى سبيل المثال قد يجيء شخصان للعلاج النفسي.. وكلاهما يعبر عن قلقه واضطراباته عند الحديث أمام الناس.. إلا أن سؤال كل منهما عن الشروط المحيطة بهذا

القلق قد تبين أن أحدهما يتوقف ظهور قلقه في هذه المواقف على نوع الاشخاص الحاضرين (الرؤساء أو الآباء أو نماذج السلطة). أما الآخر فقد يتوقف قلقه على حجم المجموعة الحاضرة. وعلى هذا فان تدريج قلق الشخص الأول يجب أن يراعي تدريج نماذج السلطة:

١ - الحديث أمام أشخاص غرباء
٢ - الحديث أمام الجيران
٣ - الحديث أمام الزملاء
٤ - الحديث أمام الآباء
٥ - الحديث أمام المدرس (أو الرئيس)
٦ - الحديث أمام هيئة التدريس بكاملها

أما في حالة الشخص الآخر فان التدريج يجب أن يشمل حجم الجماعة التي يتحدث أمامها الشخص:

١ - الحديث مع شخص من نفس الجنس
٢ - الحديث مع شخص من جنس آخر
٣ - الحديث مع شخصين
٤ - الحديث مع ثلاثة أشخاص أو أربعة
٥ - الحديث أمام مجموعة من الناس.

كذلك قد يتفاوت تدريج منبه معين من شخص إلى آخر فالحديث أمام الآباء قد يمثل درجة أكبر من القلق بالمقارنة بالحديث أمام المدرسين عند البعض. بينما يحدث العكس عند البعض الآخر. وبالمثل قد تشكل العلاقة بالزوج أو الزوجة عند البعض بالمقارنة بالبعض الآخر مشكلة أشد من العلاقة بزملاء العمل أو الرؤساء[٩].

أضف إلى هذا أن ترتيب تدريج معين بالنسبة لشخص واحد قد يختلف من فترة إلى أخرى. فما كان في الشهر الماضي يحتل وزناً أكبر قد يتضاءل وزنه في الوقت الراهن.

لهذا من الافضل أن تكتب مدرجات القلق لكل شخص على حدة وبعد تساؤل واستفسار عن كل الشروط المحيطة. ومن الافضل كتابة هذه التدريجات بالقلم الرصاص حتى يسهل تعديلها أو التغيير في ترتيبها.

رابعاً: الآن وبعد أن أمكن تدريج الموقف (أو المواقف) المثيرة للقلق، وبعد أن يكون المريض قد تدرب على الاسترخاء يصبح الطريق ممهداً للدخول في اجراءات العلاج. وتنحصر اجراءات هذه المرحلة في أن نطلب من المريض وهو في حالة من الاسترخاء

العميق والهدوء أن يتصور نفسه، مستخدماً قدرته على التخيل إلى أقصى حد، وهو في الموقف الذي يثير أقل درجة من القلق في البداية. والمثال الآتي يوضح الاجراءات التي يستخدمها المعالجون عادة.. لعلها تمنح القارىء بعض البصيرة في التطبيقات العملية للعلاج النفسي. وهذا المثال هو وصف لاجراءات هذا الاسلوب مع فتاة مصابة بعصاب الخوف الشديد من الامتحانات بصورة أدت لرسوبها مرات متكررة بالرغم من استعدادها الجيد، وارتفاع متوسط ذكائها:

«سأطلب الآن أن تتخيلي بعض المواقف والصور. حاولي أن تجعلي خيالاتك حية كأنها حقيقية. ركزي ذهنك فيها. من الجائز بالطبع أن تتدخل في حالة الاسترخاء التي تتملكك الآن. لكن إذا أحسست في أي لحظة بأنك مشدودة فما عليك إلا أن تشيري بيدك اليسرى... جميل».

«والآن تخيلي نفسك وأنت تقفين في شارع مألوف. اليوم جميل وساطع، ويمتد أمامك مشهد الشارع كله. العربات والموتوسيكلات، والدراجات، والناس وعلامات المرور والاصوات (انتظار ١٥ ثانية). جميل والآن توقفي عن هذا التخيل وعودي ثانية لحالة الاسترخاء. إذا كنت قد شعرت بأي نوع من التوتر بسبب التخيل الذي قمت به الآن فارفعي اصبعك (لا ترفع اصبعها). والآن تخيلي أنك تجلسين في منزلك تذاكرين في المساء. اليوم هو ٢٠ في الشهر وباق حوالي شهر للامتحان (انتظار ٥ ثوان). والآن توقفي عن التخيل وعودي لاسترخائك.. استرخاء أعمق (انتظار ١٠ ثوان). مرة أخرى تخيلي نفسك من جديد في منزلك تذاكرين ولم يبق على الامتحان إلا شهر (انتظار ٥ ثوان). توقفي الآن عن هذا التخيل وعودي لاسترخائك. أرخ عضلاتك جميعها ودعي نفسك وحاولي أن تتذوقي الراحة التي تتملكك (١٥ ثانية). والآن تخيلي من جديد نفسك تذاكرين قبل الامتحان بشهر (انتظار ٥ ثوان). توقفي الآن عن التخيل ولا تفكري في أي شيء آخر غير جسمك (٥ ثوان). إذا كنت قد أحسست بأي قلق فأشيري بأصبعك (ترفع المريضة الآن اصبعها). إذا كان قلقك في المرة الثالثة أقل من المرة الثانية والأولى فاستمري كما أنت. أما إذا لم يكن هناك أي تغيير فأشيري باصبعك (لا ترفع أصبعها). جميل إذاً إبقي في استرخائك (١٥ ثانية). الآن تخيلي نفسك على كرسي في داخل أتوبيس وبجوارك شخصان يثرثران مع بعضهما (١٠ ثوان). الآن توقفي عن هذا التخيل وعودي إلى ما أنت فيه من استرخاء (١٠ ثوان). الآن تخيلي نفسك من جديد وأنت تجلسين في شرفة المنزل

ومن الأسفل في الشارع يسير شخصان يتجادلان في احتداد (١٠ ثوان)*. توقفي الآن عن هذا. سأعد من واحد حتى خمسة وستفتحين عينيك وتشعرين بمنتهى الراحة والهدوء ».

ويعلق « ولبي ولازاروس » على هذه الحالة بالعبارة الآتية:

« وفتحت المريضة بعد ذلك عينيها، وهي تنظر من حولها وتبتسم وكأنها استيقظت من النوم. وفي اجابتها على الاسئلة التي سألناها بعد ذلك، بينت أنها تشعر بمنتهى الهدوء، وأن المشاهد المتخيلة كانت في منتهى الوضوح. كذلك قررت أنها شعرت بقليل من القلق عند تخيل مشهدي المذاكرة والمشادة، وبالرغم من أن القلق تضاءل في حالة التكرار، فانه لم يصل في كل الاحوال لدرجة الصفر ».

بعض المشكلات التي تحيط باستخدام هذا الاجراء:

من المشكلات الرئيسية التي تواجه استخدام التطمين المتدرج هذا اعتماده الرئيسي على إثارة الصور الذهنية والخيال لدى المريض. وتوضح البحوث ـ لسوء الحظ ـ أن هناك فروقاً فردية ضخمة في مقدار السير والسهولة التي يستطيع بها البشر أن يتحكموا في إثارة هذه الصور الذهنية. البعض يستطيع ذلك بسهولة كما في الحالة السابقة، والبعض يعجز عن ذلك خاصة المرضى العقليون. وبالرغم من أن الحلول التي تقدم لهذه المشكلة ضئيلة، إلا أنني وجدت أن التدريب المستمر في الجلسات الأولى على إثارة صور ذهنية محايدة، وقصيرة يؤدي لبعض الفوائد. كذلك أجد أن سؤال المريض بأن يفتح عينيه وأن يوجهها لبعض المنبهات التي اكشفها له مثل قلم الرصاص، والسيجارة.. إلخ ثم أن يحاول أن يغلق عينيه وأن يتخيل نفس هذه الأشياء بعد اختفائها مع تكرار ذلك على منبهات أخرى وبصورة متلاحقة يؤدي أيضاً إلى قدر مماثل من النجاح في تدريب المريض على التخيل.

وهناك طريقة أخرى تقوم على تشجيع المريض للانتباه لاحساساته الحالية. أو الحوادث مباشرة من الذاكرة. ومؤدي ذلك أن يطلب من المريض أن يعيش ذهنياً في الموقف المتخيل، وأن يراه كما لو كان يحياه بالفعل الآن وليس كمجرد متفرج من الخارج.

* تفضل هذه الصورة بدلاً من الصورة التي وضعها المؤلفان في المثال الاصلي وهي « تخيلي نفسك تجلسين على كرسي في محطة أتوبيس.. واثنان من العمال يتكلمان ويتناقشان ». وعلى أية حال من الممكن التعديل من محتوى التخيل بحيث ينقل للشخص مشاعر هادئة تتناسب مع الاطار الحضاري. وفي كل الاحوال يجب أن يكون التخيل من النوع المحايد الذي لا يثير انفعالات قد تعوق الاسترخاء.

ومع ذلك فانه يبدو أن هذه المشكلة قد بولغ فيها . فبالرغم من صحة قوانين الفروق الفردية ، بهذا الصدد إلا أنني لم أجد حالة تعجز عن التخيل. وفي الحالات القليلة النادرة التي حدث فيها هذا كان ذلك بسبب عوامل أخرى كاستهانة المريض بالاسلوب ، وتشتت انتباهه ، وعدم تركيزه واتجاهه نحو المعالج . كذلك أجد أن الطريقة التي يقدم بها المعالج هذا الاسلوب تلعب دوراً أساسياً في اقتناع المريض به ، وبالتالي سهولة اندماجه في التخيل.

مشكلة أخرى تثيرها هذه الطريقة فقد لاحظنا أن المعالج يطلب من عميله أن يتخيل الموقف تدريجياً .. فهو لا يأخذه كما في الحالة المرأة - الميدان ، أو الطبيب - الجزع إلى المواقع الحية التي تستثير القلق. والاعتماد على التخيل يثير لهذا السبب بعض التحفظات. وربما نتساءل هل تؤدي إثارة المواقف المخيفة بطريق الصور الذهنية والخيال إلى نفس الفاعلية التي يمكن أن يؤدي إليها العلاج في المواقف الفعلية؟ وهل من الافضل أن نصطحب من يجزع مثلاً من الاماكن العالية إلى قمة برج ، أم من الافضل أن نجعله يتخيل قمة البرج؟. اتجه عدد من الباحثين في الحقيقة إلى المقارنة بين الآثار العلاجية لأسلوب التدريج في عرض مواقف القلق بطريق الخيال ، والتدريج من خلال مصاحبة المريض للمواقف الفعلية من القلق. والحقيقة أن نتائج هذه البحوث متعارضة . فعلى سبيل المثال لم يوجد فرق جوهري بين مجموعتين من المرضى بالخوف من الثعابين عولجت إحداهما باستخدام شرائح التصوير الملونة ، وعولجت الأخرى بالتعرض لثعابين حقيقية.

لكن هناك نتائج وملاحظات تشير إلى بعض الفروق في صالح التعرض للمواقف الحية ، خاصة عندما يفشل الشخص في الانتقال من المواقف المتخيلة إلى المواقف الحية. لكن العلاج في المواقف الحية لا يخلو من إثارة بعض المشكلات لأنه يتطلب من المعالج الخروج بعميله من المستشفى أو العيادة ، وبالتالي قد يفقد قدرته على ضبط كثير من المواقف والمنبهات العلاجية الأخرى. وماذا لو أن الجزع والخوف ألم بمريضه في تلك المواقف التي كان يتجنبها خشية منها طوال عمره؟ هل يستطيع فيها أن يتحكم في عملية الاسترخاء وبعث الطمأنينة؟.

لكن تعريضه لمواقف حية ومع كل هذه التحفظات يكون ضرورياً أحياناً خاصة بين المرضى الذين يعانون بعض المشكلات في تخيل المواقف المثيرة للتهديد بوضوح كاف. كذلك في حالات المرضى الذين يعجزون عن التحديد النوعي والواضح للمشكلات والمنبهات المثيرة لمخاوفهم ما لم يتعرضوا مع المعالج لمواقف حية مختلفة تساعد كليهما على صياغة المشكلة للعلاج. وفي حالات **الاكتئاب** نجد من المعالجين من ينصح بالعلاج في المواقف الحية لأن

تعويد المريض على مواجهة هذه المواقف يعتبر في حد ذاته ذا تأثير علاجي واضح بغض النظر عن علاج مشكلات القلق من خلال التدريج الحي.

ونضيف أن هناك ميزتين علاجيتين أخريين لأسلوب التدريج في مواقف حية. فمن ناحية نجد أن ممارسة المريض لأنواع من النشاط في الحياة اليومية (التي كانت متعطلة قبل ذلك) قد تثير دوافعه وبالتالي تساعده على اعادة ادراكه وصياغته لمشكلته من جديد، مما يؤدي إلى احتمالات علاجية أقوى. ومن ناحية ثانية فإن المعالج قد يستطيع أيضاً أن يلاحظ بعض أساليب المريض في التفاعل الاجتماعي التي تؤكد كثيراً من الانماط غير المرغوبة في سلوكه وبالتالي يستطيع المعالج مباشرة أن يغير من هذه الاساليب.

٣ - التطمين المتدرج وحدود تطبيقه:

منذ أن ابتكر هذا الاسلوب وهو يستخدم بنجاح في علاج المخاوف المرضية بالذات. لهذا فامكانية تطبيقه في العلاج النفسي محصورة في علاج الحالات المصابة بالمخاوف المرضية. وحتى في هذه الحالات لا بد من وجود شروط أخرى لكي يمكن استخدام هذا الاسلوب بنجاح منها:

١ - أن لا تعود المخاوف المرضية على الشخص بأي مكاسب أساسية أو ثانوية، وعلى هذا فمن الصعب علاج طفل أو شاب أو بالغ من بعض المخاوف (كالظلام أو المرض، أو الامتحان) طالما أن ذلك يؤدي إلى استجابات مرغوبة لديه من قبل والديه (زيادة الحب، العطف الشديد، تلبية رغبات لم تكن ملباة من قبل.. إلخ)؟.

٢ - أن تكون مخاوف الشخص محصورة في المواقف التي تثيرها وليست بسبب عوامل اجتماعية أخرى. وقد رأينا أن من العبث علاج المريض بالخاوف من الاماكن الضيقة بوضع تدريج الاماكن، بالرغم من أن مخاوفه ناتجة أساساً من قلق الانحصار في علاقات اجتماعية ضيقة وغير مرغوبة.

٣ - أن يكون الشخص ممن يتناقص قلقهم أثناء الاسترخاء.

٤ - أن يكونوا من المقتنعين بفائدة الاسلوب.

أما من حيث الاشكال الأخرى من الاضطرابات الانفعالية فان أسلوب التطمين التدريجي لا يؤدي إلى نتائج ايجابية إلا إذا استخدم مع أساليب أخرى. وكمثال لنجاح أسلوب التطمين التدريجي في هذا الاطار استخدامه في التقليل من الآثار الانفعالية للذكريات القديمة غير السارة كما تظهر لدى حالات المكتئبين الذين قد يجدون فيها أحزاناً تضاف إلى أحزانهم. ويكون ذلك بأن نطلب من الشخص وهو في حالة من الاسترخاء

العميق أن يتذكر بعض الحوادث الحزينة، أو المخجلة في حياته، والتي تكون لها آثار انفعالية قائمة حتى الآن إلى أن تتحيد مشاعره نحوها[١].

وهذا الاجراء الأخير فضلاً عن دوره في كف الاستجابات الانفعالية القديمة كالخوف، والخجل، والقلق من خلال الاسترخاء يساعد على اعطاء المريض منظوراً ادراكياً، وأسلوباً شخصياً جديداً لإعادة ادراك تلك الاشياء القديمة، وبالتالي آثارها الانفعالية المستمرة. فقد ينتهي تذكر ذلك بالمريض إلى أن يدرك أن هذه الحوادث كانت تافهة.. أو أنها غير مهمة.. أو «أنني لا أهتم ولا أكترث لذلك» لكن الوصول بالمريض لهذه الاستجابات الصحية قد يتطلب وضع تدريج للذكريات المؤلمة وطلب تخيلها أثناء الاسترخاء مع الدحض العقلي والمنطقي أثناء إثارتها*.

ولعل ما نستنتجه من كل ذلك بشكل عام هو أن نحذر من الاستخدام الآلي لهذا الاسلوب أو أي أسلوب علاجي على الاطلاق فلكل حدوده ومجالات تطبيقه. والمعالج النفسي الناجح هو الذي يعرف نفسه بكثير من الاساليب وبكثير من المرضى حتى يختار الاسلوب من الاساليب الملائمة في الوقت الملائم ومع الشخص الملائم ونوع الاضطراب الملائم[١٠].

خلاصة

التخلص من الاضطراب والتلق بالتعرض التدريجي للأشياء أو الموضوعات التي تثيرهما كان ولا يزال من الفنون الرئيسية التي تتجه لها بديهة الانسان العادي وحكمته. وطريقة التطمين التدريجي التي يلجأ لها المعالج الحديث تقوم على نفس المبدأ أي التشجيع على مواجهة مواقف القلق والخوف تدريجياً، إلى أن تتحيد مشاعرنا الانفعالية الحادة (العصابية) نحو تلك المواقف. وقد عرف المعالجون السابقون هذا الاسلوب كما عرفه المعالجون المحدثون. ويعتبر مبدأ الكف المتبادل بمثابة الاساس العلمي الذي قدمه علم النفس الحديث لتفسير نجاح هذا الاسلوب. فإذا نجحنا في استثارة استجابة معارضة للقلق (كالتطمين التدريجي) في حالة وجود الموضوعات المثيرة له، يمكن أن يؤدي ذلك إلى كف

* يستخدم هذا الاسلوب كذلك للتقليل من الاثار الانفعالية التي تصيب الاشخاص عند الانتقال من مجتمع إلى مجتمع اخر بسبب الهجرة أو الدراسة أو بحثاً عن عمل.. وذلك بحث الشخص وهو في حالة استرخاء عميق على تخيل الحوادث أو الاشخاص الموجودة في المجتمع الاصلي والتي تستثير الاحزان والاكتئاب إلى أن تصبح نظرتنا نحوها أكثر واقعية.. مع تدريج المواقف التي تستثير الاكتئاب والقلق في المجتمع الجديد وحث الشخص على تخيلها من خلال الاسترخاء مع الدحض العقلي لاتجاهنا السلبي نحوها.

كامل للقلق وبالتالي يختفي ويتناقص بعد ذلك. ويتطلب اجراء التطمين المتدرج مراحل منها تحديد المواقف التي تثير المخاوف الرئيسية للشخص، ثم تدريج كل موقف منها على حدة في قائمة تبدأ بأقل المنبهات إثارة للخوف في الموقف مع الصعود إلى أشدها إثارة، ثم يصبح الموقف معداً لاجراء العلاج بعد ذلك بأن نطلب من الشخص وهو في حالة استرخاء وهدوء أن يتخيل نفسه في الموقف الذي يثير أقل درجة من القلق في البداية مع تهدئته إلى أن تتحيد مشاعره نحو الدرجات المنخفضة ثم يبدأ الانتقال للمواقف الأشد وهكذا حتى تنتهي القائمة. وهناك طريقة أخرى تقوم على اصطحاب المريض لمواقف الخوف الحي بدلاً من تخيلها. ولكل طريقة عيوبها ومزاياها، ولو أن الجمع بين الطريقتين ممكن ومرغوب. وبالرغم من أن هذا الاسلوب يقتصر على علاج المخاوف المرضية إلا أنه يصلح أيضاً في علاج بعض حالات الاكتئاب خاصة عندما يكون الاكتئاب استجابة شديدة لحادثة خارجية محددة كفقدان قريب، أو عمل، أو متعلقاً بأحزان محددة في الماضي. ونسبة نجاح هذا الاسلوب في علاج المخاوف المرضية تصل إلى ما يقرب من ٨٩٪. غير أن نجاح استخدام هذا الاسلوب يتوقف على تدريب الشخص على الاسترخاء العميق عند تعريضه (واقعياً أو بطريق الخيال) إلى مواقف القلق، بالشكل الذي عرضنا له في الفصل السابق.

مراجع وتعليقات

١ - للمزيد عن تفاصيل حالة « ألبرت » أنظر:

Watson, J. & Rayner, R Conditioned emotional reactions. **Journal of Experimental Psychology.** 1920, Vol. 3. pp. 1 - 14.

٢ - يعود الفضل في علاج « بيتر » لجهود المعالجة السلوكية ماري كوفر جونز **Cover Jones** التي كانت تنتمي لتفكير « واطسون ». ويلاحظ أن المنهج الذي استخدمه كان أول منهج يستخدم أسلوب التدريج في التعرض لموضوعات الخوف.. وبهذا المعنى تكون دراساتها عن « بيتر » بمثابة ارهاص مبكر بأساليب التطمين التدريجي الحديثة. أنظر:

a. Jones, Mary Cover. The elimination of children fears. **J. of experimental Psychology,** 1924, Vol. 31, pp. 308 - 316

b. Jones, M. C. A laboratory study of Fear: The case of Peter. **Pedagogical Seminar,** Vol.31. pp. 308 - 315

٣ - للمزيد عن مبدأ الكف المتبادل وتطبيقاته في العلاج النفسي أنظر:

Wolpe, J. **Psychotherapy by reciprocal inhibition.** Stanford University Press, 1958.

٤ - للمزيد عن استخدام أسلوب التطمين التدريجي في علاج المخاوف المرضية التي توجد لدى المرضى العقليين أنظر:

Hagen R. Behavioral therapies and the treatment of Schizophrenics **Schizophrenia Bulletin,** No 13. 1975. pp. 70 - 96.

٥ - هناك وصف كامل لحالة المرأة - الميدان في:

Lazarus, A. **Behavior therapy and beyond.** New York: Mc - Graw - Hill, 1971.

٦ - تفاصيل حالة الطفلة « مارجريت » وردت في الترجمة العربية لكتاب ايزنك: أيزنك، الحقيقة والوهم في علم النفس، ترجمة قدري حفني ورؤوف نظمي. القاهرة: دار المعارف، ١٩٦٩. ص ص ١٤٨ - ١٤٩.

٧ - بالرغم من أن المعالجين السلوكيين كانوا لا يهتمون إلا بالشكاوى الظاهرة وذلك منذ عشرين أو خمسة وعشرين عاماً.. إلا أنهم بدأوا حالياً يتنبهون إلى أن الشكوى الظاهرة تغطي في بعض الاحيان اضطرابات انفعالية أساسية. وأن هذه الاضطرابات الانفعالية قد تكون أكثر خطراً من الشكوى الظاهرة.. للمزيد عن ذلك أنظر:

Lazarus, A. **Behavior therapy and beyond.** New York: Mc - Graw - Hill, 1971.

٨ - ورد هذا الحوار في المرجع السابق.. وقد تمت الترجمة مع بعض التصرف.

٩ - للمزيد عن تدريجات عدد كبير من الاضطرابات الانفعالية يمكن للقارىء النظر إلى:

Wolpe, J. & Lazarus, A. **Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neurosis.** Oxford: Pergamon Press, 1966.

١٠- يأخذ كثير من المحللين النفسيين على منهج التطمين التدريجي التركيز على الاعراض الظاهرة فقط دون

الاضطرابات الكامنة. ومن رأيهم أن الخوف يعكس اضطراباً أعمق في الشخصية.. فإذا ما عالجنا الخوف المرضي من مكانٍ أو شخص أو شيء معين دون أن نعالج الاضطراب الانفعالي فإن المريض قد ينتكس أو يستبدل أعراضاً مرضية، بأعراض مرضية أخرى. لكن هذا لم يحدث في حياة المرضى الذين عولجوا.. أي أنه لم يحدث أنهم استبدلوا أعراضاً بأعراض أخرى.. مما يدل على خطأ الفرض التحليلي النفسي في هذه النقطة. للمزيد عن هذه النقطة أنظر:

Eysenck, J. J., **You and neurosis.** Glasgow: William Collins, 1978, p. 110 – 111.

ومن رأي أيزنك أن علاج الاعراض الظاهرة يؤدي إلى شفاء كامل ودائم.

مراجع عامة عن أسلوب
التطمين التدريجي

فضلاً عما ورد في النقاط السابقة من مراجع وكتابات.. فإننا نقترح على القارىء الذي يبغي التعمق في هذا الموضوع الرجوع لعدد من الكتب والمقالات التي تصف له بالتفصيل الاجراءات التي يجب استخدامها أثناء التطمين التدريجي. ونعتقد في فائدة هذه المراجع خاصة لمن يمارسون أو سيمارسون العلاج النفسي من الاطباء والاخصائيين:

a. Lazarus, A. **Behavior therapy and beyond,** New York: Mc – Graw – Hill, 1971.

b. Lazarus, A. **Clinical behavior therapy.** New York: Brunner Mazel, 1972.

c. Masserman, J. H. **Behavior and neurosis.** Chicago: University Chicago Press, 1975.

d. Meyer, V. & Chesser, E. **Behavior therapy in Clinical...** Psychiatry. London: Penguin Books, 1971.

e. Paul, G. L. Outcome of Systematic desensitization I: Background, Procedures and uncontrolled Reports of individual treatment. In Cyril Franks (ed.) **Behavior therapy: Appraisal and status.** New York: Mc – Graw – Hill, 1969, pp. 63 – 104.

f. Paul, G. L. Outcome of systematic desensitization II: Controlled investigations of individual treatment, technique variations, and current status. In Cyril Franks (ed.), **Behavior therapy, appraisal and status.** New York: Mc – Graw – Hill, 1969, pp. 105 – 159.

g. Paul, G. L. & Bernstein, D. A. **Anxiety and behavior: Treatment by systematic desensitization and related techniques.** New York: General Learning Press, 1973.

كذلك أنظر المراجع ٣، ٩ التي سبق ذكرها أعلاه.

٤

أسلوب الاسترخاء

يستخدم الاسترخاء في الطب والعلاج النفسي وعلم النفس الاكلينكي بأساليب متعددة منذ فترة طويلة. ففي سنة ١٩٢٩ أبدى طبيب نفسي اسمه جيكبسون **Jacobson** اهتمامه باكتشاف طرق للاسترخاء العضلي بطريقة منظمة. وفي كتاب مشهور له بعنوان « الاسترخاء التصاعدي » **Progressive Relaxation** قرر أن استخدام هذه الطرق يؤدي إلى فوائد علاجية ملموسة بين المرضى بالقلق. ويجمع علماء العلاج النفسي والسلوكي اليوم على فائدة التدريب على الاسترخاء في تخفيض القلق وتطوير الصحة النفسية. وفي الولايات المتحدة نجد أن كثيراً من المعالجين النفسيين يستخدمون هذه الأساليب ويطورون أساليب أخرى للتدريب على الاسترخاء. وعلى سبيل المثال يقيم الطبيب النفسي جوزيف ولبي **Joseph Wolpe** نظرية كاملة في العلاج النفسي تقوم على ارخاء العضلات ارخاءً عميقاً.

ويعتبر أسلوبه بحق من أشهر أساليب الاسترخاء على الاطلاق، بالرغم من أنه يذكر أن منهجه في الاسترخاء العضلي يقوم على نفس الاسس التي وضعها جيكبسون، إلا أنه يستخدمه كجزء من منهجه العام في التخفف من الامراض العصابية بطريقة التطمين التدريجي التي سبق الحديث عنها. ولكي نبين كيف يمكن اجراء الاسترخاء العضلي علينا أن نبين الآن السر في فاعليته ونجاحه في التخفف من الاضطرابات الانفعالية والقلق.

لماذا يستخدم الاسترخاء؟:

تبين بحوث علماء النفس الفزيولوجي منذ القرن التاسع عشر أن جميع الناس تقريباً يستجيبون للاضطرابات الانفعالية بتغيرات وزيادة في الانشطة العضلية. وتتركز بعض هذه التغيرات في الجبهة. وفي سنة ١٩٥٨ تبين أيضاً أن اثارة الانفعالات تؤدي أيضاً إلى توترات في الرقبة، ومفاصل الذراعين، والركبتين والعضلات الباسطة*. كذلك تتوتر

* على سبيل المثال تبين أن كثيراً من الجنود في الحروب يفقدون السيطرة على ضبط التبول والتبرز.

حتى عضلات الاعضاء الداخلية كالمعدة، والقفص الصدري، وعندما يتعرض الشخص لمنبهات انفعالية شديدة تزداد الحركات اللاإرادية في اليدين والذراع.

ومن الثابت أيضاً أن الزيادة الشديدة في التوتر العضلي تتوقف أساساً على شدة الاضطرابات الانفعالية، خاصة عندما يواجه الفرد بمشكلات تتعلق بتوافقه. ومن المؤسف أن التوتر العضلي الشديد لا يساعد بل يضعف قدرة الكائن على التوافق، والنشاط البناء، والانتاج، والكفاءة العقلية. فالاشخاص في حالات الشد والتوتر والقلق تنهار مقاومتهم وقدرتهم على الاستمرار في النشاط العقلي والجسمي بسبب عجزهم عن توظيف العضلات النوعية المختلفة توظيفاً بناء.

لهذا نجد أن الاسترخاء يعرف - بالمعنى العلمي - **بأنه توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر**. والاسترخاء بهذا المعنى يختلف عن الهدوء الظاهري أو حتى النوم، لأنه ليس من النادر أن تجد شخصاً ما يرقد على أريكته أو سريره لساعات معدودة لكنه لا يكف مع ذلك عن ابداء كافة العلامات الدالة على الاضطراب العضوي والحركي مثل عدم الاستقرار الحركي والتقلب المستمر والذهن المشحون بالافكار والصراعات.

وإذا كان الاضطراب الانفعالي يؤدي إلى اثارة التوتر العضلي، فان من الثابت أيضاً أن اثارة التوتر العضلي تجعل الشخص مستوفزا للانفعال السريع في الاتجاه الملائم لهذه التوترات. فرسم علامات الغضب على الوجه يجعل الشخص سريع الاستجابة للمواقف الاجتماعية بالغضب مثلاً. قس على ذلك أي انفعال آخر سلبي، (كالخوف، والضيق) أو ايجابي (كالحب، والسرور، والتقبل...) والعكس أيضاً صحيح، بمعنى أن إرخاء التوترات العضلية، وايقاف انقباضاتها يؤديان إلى التقليل من الانفعالات المصاحبة لهذه التوترات. وسنرى بعد قليل كيف يمكن القيام بهذا الاسترخاء.

التوتر العضلي والامراض النفسية (القلق بشكل خاص):

في الظروف العادية، تشيع حالات التوتر الخفيفة، والمؤقتة، استجابة للمشكلات العقلية والاجتماعية التي تحتاج لدرجة معينة من التركيز والاهتمام وتعبئة الطاقة. غير أن التوتر في تلك الحالات يعتبر ضرورياً للابقاء على الفرد في حالة من اليقظة، ولا ينتهي بمضاعفات مرضية مبالغ فيها.

لكن هناك من ناحية أخرى بعض الافراد ممن يعيشون طول الوقت تقريباً في حالة من التوتر الشديد، ويصطحب هذا استثارة في الجهاز العصبي من مظاهرها جمود عضلات بعض الاعضاء، وارتفاع الضغط، وزيادة نبضات القلب، واضطراب انتظام التنفس.

ويثبت عدد من الباحثين أن استمرار ارتفاع مستوى التوتر العضلي يظهر بين الاشخاص العصابيين الذين يعانون من حالات الصراع المستمر والقلق.

ويمتلىء التراث السيكلوجي ببحوث عدة تؤكد أن الاستثارة العضوية والعضلية العنيفة تشيع بشكل أكثر في حالات الامراض النفسية والعقلية. ففي مقارنة بين مجموعة من الافراد العاديين والمرضى النفسيين تبين أن هذه المجموعة الأخيرة تعاني من الاضطراب والتوتر العضلي تحت كل الشروط. وفي حالات الاضطراب الوجداني تبين في مجموعة من الأفراد زيادة مبالغ فيها في بعض الاستجابات التي تنتمي لاطار التوتر العضلي مثل ضعف قدرة الجلد على المقاومة، وارتفاع النبض، وضغط الدم، واضطراب التنفس.

وفي مقارنة أخرى بين فئات من الفصاميين، والمصابين بالجنون الدوري (أي الانتقال في فترات منتظمة من الاكتئاب إلى الهوس والتهيج)، والعصابيين والاسوياء تبين أن الفصاميين من بين كل هؤلاء يكشفون على أعلى درجات التوتر العضلي.

وقد يوحي هذا بأن أساليب الاسترخاء يمكن أن تؤدي إلى بعض النجاح في علاج الاضطرابات الفصامية.

وفي حالات الاكتئاب النفسي تبين الدراسات القليلة بعض النتائج الطريفة. فبالرغم مما يتصف به هؤلاء المرضى من مظاهر التخلف في النشاط الحسي والحركي (البطء في الحركة، والكلام، والاستجابة) الذي قد يوحي بأنهم على درجة أقل من التوتر والاستثارة العضلية، فان مقارنتهم بمجموعة من الافراد العاديين على مقاييس التوتر في الجبهة، والفكين، والذراعين والقدمين بينت أنهم أكثر توتراً من الاسوياء. وتبين بحوث مماثلة أن هذا التوتر يختفي أو يتضاءل بعد العلاج النفسي.

أما في حالات القلق والصراعات النفسية، فان هناك ما يشبه الاتفاق على أن أعراض القلق تختلط بالتوتر العضلي. فعدم الاستقرار، والشد، والاستثارة الزائدة، والحركة المستمرة كقضم الاظافر، واللوازم الحركية، وفرك اليدين.. إلخ ما هي إلا مظاهر قليلة من الاضطرابات العضوية الشائعة في حالات القلق. وليس من النادر أن يشكو الشخص في حالة القلق من التوتر في جسمه، والصداع، وآلام الظهر، وخفقان القلب، وربما آلام في القدم والساقين، والذراعين.. إلخ.

لهذا يمكن القول إن التوتر لازمة من لوازم القلق وليس مجرد نتيجة له. فضلاً عن هذا فان هناك ما يثبت أن الاسترخاء العضلي واستخدام العقاقير المطمئنة التي تهدىء من توترات العضلات يؤديان إلى انخفاض ملموس في حالات القلق.

ومن المعتقد أن الاستجابات الحركية، واللوازم القهرية التي تشيع بين المرضى

العصابيين كالوسوسة، وطقطقة الاصابع، وقضم الاظافر، والحركات القهرية في الفم، والعين، والابتسامات غير الملائمة، ما هي إلا أشكال حركية هدفها التخفف من القلق عندما يثور.

هل هناك توترات عضلية نوعية بحسب اتجاه الاضطراب الانفعالي؟

بينا نجد أن غالبية البحوث النفسية تميل إلى أن تتحدث عن اضطرابات عقلية عامة في الجسم كله مصاحبة للاستثارة الانفعالية، هناك بعض الاعمال الطريفة التي تحاول أن تتابع الاستثارة الانفعالية على أنواع معينة من التوتر العضلي. ويمكن أن نطلق على هذا النوع من بحوث التوتر اسم «نوعية التوترات» فهناك بعض الافراد ممن تتركز استجاباتهم للقلق والانفعال في شكل توترات عضلية خاصة وليس في الجسم كله.

وعلى سبيل الامثلة، هناك ما يدل على أن الصداع، وآلام الظهر (كأشكال من التوتر العضلي) تشيع بين الاشخاص الذين يتميزون بالشد، والعجز عن الفعل والنشاط.

كذلك نجد من النتائج ما يشير إلى أن المرضى الذين يعانون من توتر عضلات الرقبة، أو الرأس، أو الذراع غالباً ما تكون هذه الاعضاء ذات قدر مرتفع من النشاط والفعل قبل ظهور التوترات فيها.

وفي دراسة على ٤٠٠ مريض تبين أن الصداع النفسي (أي الصداع الراجع للتوتر النفسي) يحدث بشكل خاص في حالات القلق.

أما المواقف التي تستثير الاحساس بالصراع، أو الذنب فأنها غالباً ما تؤدي إلى آلام في الظهر.

وفي دراسة على مجموعة من المرضى من ذوي الاستعداد للاستجابة بالصداع، وآلام الرأس، تبين أن مناقشة المواقف الصدمية معهم في الجلسات العلاجية قد أدى إلى توترات عضلية في الجبهة.

وهناك أيضاً ما يشير إلى أن التوترات العضلية في الجسم تحدث في حالة الاضطرابات الانفعالية الدائمة فقط، بل وعند اثارة أنواع من الصراع أيضاً. فمثلاً تبين أن اثارة العدوان تؤدي إلى زيادة في توتر عضلات الجبهة، بينا تؤدي اثارة الرغبة الجنسية والصراع الجنسي إلى آلام وتوترات في الساق.

وبغض النظر عن التأثير النوعي للمنبهات الانفعالية تبين بشكل عام أن تطوير استجابات توترية في عضل معين أمر تلعب فيه الفروق الفردية دوراً كبيراً أيضاً. فالفرد الذي اعتاد أن يواجه اضطراباته الانفعالية الراجعة للقلق بحالة من الصداع سيظهر الصداع لديه في كل الاضطرابات الانفعالية الأخرى (العداوة، الجنس، الصراع.. إلخ)

بغض النظر عن طبيعة المصدر. أما لماذا يستجيب بعض الافراد للاستثارة الانفعالية بتوترات عضلية عامة (في الجسم كله)، بينا يستجيب البعض الآخر بالصداع، أو بآلام الظهر، أو بأي نمط عضوي آخر، فان الاجابة لا تزال غير محسومة بعد. ولكن من المرجح أن يرجع جزء من هذا إلى عوامل عضوية تتعلق بالتركيب العضوي نفسه (من حيث القوة أو الضعف)، أو إلى عوامل اجتماعية، فبعض الجماعات تدعم الاستجابة بتوتر في عضو معين، بينا لا تدعم (أو تستهجن) الاستجابة بأعضاء أخرى، وربما يكون أيضاً بسبب عوامل شخصية، وأنماط خاصة من التكيف الفردي.. فالشخص المستثار انفعالياً وهو يمارس الكتابة أو القراءة قد تتوتر لديه عضلات العينين، أو الذراعين، أو الظهر... أو كلها جميعاً.

والخلاصة من هذا أن بحوث «نوعية التوترات» قد تضيف نتائج عميقة لفاعلية العلاج النفسي. وعلى سبيل المثال فأن تنبه الشخص لذلك يجعله على دراية بأنواع التوتر العضلي المستثار. وسيساهم ذلك في أن تعد خطة الاسترخاء بطريقة خاصة وربما مختصرة.

التدريب على الاسترخاء:

يستغرق تدريب المرضى على الاسترخاء العضلي المنظم في العيادات النفسية عادة ست جلسات علاجية، في كل منها يجب أن نخصص عشرين دقيقة على الاقل لتدريبات الاسترخاء. وفي نفس الوقت يطلب من المريض أن يمارس التدريبات على الاسترخاء لمدة خمس عشرة دقيقة يومياً بنفسه بحسب الارشادات العلاجية.

ويجب قبل البداية في التدريب على الاسترخاء أن نعطي الشخص تصوراً عاماً لطبيعة اضطرابه النفسي (أي القلق)، وأن نبين له أن الاسترخاء العضلي ما هو إلا طريقة من طرق التخفف من التوترات النفسية والقلق. لهذا نجد أن مجرد الاسترخاء العادي بالرقاد على أريكة (أو سرير) يؤدي إلى آثار مهدئة ملحوظة. والسبب في هذا أن هناك علاقة واضحة بين مدى استرخاء العضلات وحدوث تغيرات انفعالية ملطفة (أو مضادة للقلق).

ولا يوجد ترتيب محدد للاعضاء التي يجب البداية باسترخائها ولكن من الضروري بالطبع أن يبدأ التدريب على الاسترخاء ببعض أعضاء الجسم حتى يتمكن الشخص بالتدريج وبنجاح من ضبط قدرته على استرخاء عضلات الجسم كله.

ويفضل المعالجون السلوكيون عادة، البداية بالتدريب على استرخاء عضلات الذراعين لسهولة ذلك من ناحية، وليتعلم المريض بشكل واضح معنى الاسترخاء العضلي ونتائجه من ناحية أخرى، ثم يتم الانتقال بعد ذلك لمنطقة الرأس لأن كثيراً من العوامل المهدئة للتوتر تتركز في القدرة على السيطرة على عضلات الوجه، ومنطقة الرأس بشكل عام... وهكذا.

وعلى العموم نجد أن إعداد المريض وتهيئته لمارسة التدريب على الاسترخاء العضلي تتكون من النقاط الآتية:

١ - يبين المعالج للمريض أنه مقبل على تعلم خبرة جديدة أو مهارة لا تختلف عن أي مهارة يكون قد تعلمها في حياته قبل ذلك كقيادة سيارة، أو تعلم سباحة، أو لعبة رياضية جديدة. وبعبارة أخرى يبين له أنه - أي المريض - مثله مثل كثير من الناس تعلم أن يكون مشدوداً ومتوتراً، وأنه بنفس المنطق يمكنه أن يتعلم أن يكون عكس ذلك أي قادراً على الاسترخاء والهدوء وأن دور المعالج هو أن يعلمه كيف يصل إلى ذلك.

٢ - يبين المعالج أيضاً بأنه نتيجة لهذا قد يشعر المريض ببعض المشاعر الغريبة كالتنميل في أصابع اليد، أو احساس أقرب للسقوط، وأنه يجب أن لا يخشى ذلك لأن هذا « شيء عادي ودليل على أن عضلات الجسم بدأت تتراخى ». وهذه النقطة مهمة بشكل خاص لأن كثيراً من المرضى - خاصة الهيستيريين - قد يستجيبون للاسترخاء بخوف مبالغ فيه أو بشعور بأن شيئاً غريباً يسيطر على أجسامهم. بينما من المفروض أن يكون ذلك دليلاً على أن الاسترخاء قد بدأ يحدث في عضلات الجسم.

٣ - ينصح المعالج الشخص بأن تكون أفكاره كلها مركزة في اللحظة، أي في عملية الاسترخاء وذلك للمساعدة على تعميق الاحساس به. ولكي يساعد المعالج على تحقيق أكبر قدر ممكن من النجاح في هذه المرحلة قد يطلب من المريض أن يتخيل بعض اللحظات في حياته التي كان يعيش فيها بمشاعر هادئة وفياضة (يحسن أن يكون هذا التخيل بشكل نوعي أي أن يكون المعالج قد عرف من المريض قبل ذلك بعض المواقف التي كانت تهدىء مشاعره، كالضوء الخافت، أو التدخين، أو الاسترخاء في الظهيرة بعد وجبة شهية... إلخ).

٤ - من المخاوف التي تنتاب بعض المرضى شعورهم بأنهم سيفقدون القدرة على ضبط الذات*. في مثل هذه الحالات من الافضل أن يتدخل المعالج ما بين الحين والآخر بتعليق أو بأكثر حتى يبعث الطمأنينة في نفس المريض. وهذا الاجراء ضروري بشكل خاص عندما يكون المعالج من جنس غير جنس المريض، أو عندما يكون المريض (إذا كان من نفس الجنس) من النوع الذي تنتابه مخاوف من

* خاصة في المواقف التي يتم فيها التدريب على الاسترخاء بحضور المعالج. ولا ينطبق هذا بالطبع على المواقف التي يمارس فيها الشخص الاسترخاء بمفرده.

الجنسية المثلية. وتبين لنا خبرتنا الخاصة أن الدور الامثل الذي يجب على المعالج أن يبرزه في مثل هذه اللحظات هو دور المرشد أو المعلم الذي لا يهدف للسيطرة على الجسم بمقدار ما يهدف إلى تعليم مريضه خبرة جديدة.

٥ - كقاعدة يجب التوصية بالمحافظة على كل عضلات الجسم في حالة تراخي تام أثناء الاسترخاء خاصة تغميض العينين لمنع المشتتات البصرية التي قد تعيق الاسترخاء التام. لكن في كثير من الحالات خاصة في الجلسات الأولى من العلاج قد يكون من الضروري بين الحين والآخر السماح للمريض بأن يفتح عينيه. وهذا ضروري بشكل خاص في حالات الاشخاص الذين تتملكهم الريبة أو الشك، أو عندما يكون المريض من الجنس الآخر الذي قد يتصور في هذا الموقف نوعاً من الاغراء الجنسي.

٦ - من العوامل الهامة التي قد تعيق الاسترخاء الناجح تجول العقل في تخييلات بعيدة وبالرغم من أنه لا خطر في ذلك، فمن الافضل الرجوع بهذه الافكار إلى الموقف بقدر الاستطاعة.

٧ - وأخيراً فان على المعالج أن يكون قادراً على فهم مريضه، وحساساً لكل شكوكه ومخاوفه، وقادراً على كسب ثقته وتعاونه في نجاح الاسترخاء. وفي كل الاحوال إذا ظهر لأي سبب من الاسباب أن المريض غير مقبل أو متحمس للاجراء، فان حساسية المعالج وخبرته بالاساليب العلاجية الأخرى ستجعله قادراً على الانتقال إلى محاولة أشكال علاجية أخرى ملائمة.

نموذج للتدريب على الاسترخاء:

من الضروري أن نبين أن استرخاء أي عضو معناه اختفاء كامل لأي تقلصات أو انقباضات في هذا العضو. ويمكن أن نستدل على نجاح استرخاء عضو معين (كعضلات الذراع مثلاً) بتحريكه في الاتجاهات المختلفة أو الضغط عليه، ويكون الاسترخاء ناجحاً إذا لم نجد أي مقاومة من هذا العضو. بتعبير آخر تكون أعصاب هذا العضو متوقفة تماماً عن أي نشاط. ويتوقف جزء كبير من نجاح العلاج السلوكي في قدرة الشخص على ذلك، وبالتالي التمكن بعد ذلك من الاسترخاء الناجح الارادي لكل عضلات الجسم عضواً فعضواً. لهذا نجد أن هناك اهتماماً كبيراً - في الوقت الحالي - بابتكار تدريبات من شأنها أن تساعد على الاسترخاء العضوي الكامل تدريجياً. وقد اخترنا للقارىء نموذجاً لذلك في نهاية هذا الفصل تتوافر فيه مزايا عدد من الطرق. وبالطبع يمكن تطبيق ذلك التمرين ذاتياً في المواقف المختلفة التي قد تعرض الشخص للقلق والتوتر (أنظر التذييل في نهاية

الفصل) ولتيسير استخدام تدريبات الاسترخاء يمكن للقارىء أن يقوم بتسجيل إحداها بصوت عميق وهادىء، وأن يعيد التسجيل في كل مرة يحاول فيها الاسترخاء، منفذاً التعليات المتضمنة. وتبيع معاهد العلاج النفسي في الولايات المتحدة تسجيلات لتدريبات من هذا النوع، يمكنها أن تقوم مقام المعالج النفسي بعد انتهاء جلسات العلاج.

التطبيقات العامة للاسترخاء:

تعلم الاسترخاء يمنح الشخص مهارة وخبرة يمكن للمعالج وللشخص كليهما استثمارها في أغراض عدة:

١ - من أول الاهداف الرئيسية لتعلم الاسترخاء هو امكانية استخدامه مع أسلوب التطمين التدريجي، أو التعويد التدريجي على المواقف المثيرة للقلق. صحيح أن من الممكن استخدام أسلوب الاسترخاء وحده، إلا أن الغالبية تستخدمه جنباً إلى جنب مع أسلوب التطمين التدريجي (الذي سبقت الاشارة إليه).

٢ - وبنفس المنطق يمكن أن يستخدم الاسترخاء كأسلوب من أساليب العلاج الذاتي والضبط الذاتي في حالات القلق الفعلي. ولهذا ليس من النادر أن نجد أن كثيراً من المعالجين يوصون بمحاولة الاسترخاء لدقائق معدودة يومياً وقبل الدخول في مواقف (حياتية) مثيرة للقلق كالظهور أو الحديث أمام الناس أو المقابلات التي تجري عند الترشيح لعمل ما... إلخ.

٣ - في حالات كثيرة يطلب المعالج من مريضه أن يقوم بتمثيل دور شخص آخر (الأب، الرئيس... إلخ) بهدف اكتساب القدرة على فهم تلك الشخصيات، والتكيف معها... ونظراً لأن هذه الشخصيات قد تكون مصدراً لقلق الشخص، بحيث قد يعجز عن القيام بتمثيلها... فإن تذكيره بأنه قد تعلم خبرة جديدة وأن عليه أن يمارسها الآن (الاسترخاء) سيؤدي إلى نجاح أسلوب تمثيل الادوار وبالتالي تحييد المشاعر والقلق نحو النماذج المهددة أو الداعية للقلق كالآباء أو نماذج السلطة بشكل عام.

٤ - ويستخدم أسلوب الاسترخاء في كثير من الاحيان للتغيير من الاعتقادات الفكرية الخاطئة التي قد تكون أحياناً من الاسباب الرئيسية في اثارة الاضطرابات الانفعالية وبالتالي يمكن للشخص أن يدرك المواقف المهددة بصورة عقلية منطقية. ومن المعروف أن استخدام الاسترخاء في علاج حالات القلق والمخاوف، وتوهم الامراض، من شأنه وحده أن يمنح الشخص بصيرة عقلية واقعية بطبيعة قلقه. فالقلق الذي كان يعتقد المريض أنه يعود لأسباب فسيولوجية عضوية فيه وبالتالي

يشكل سلوكه وفق هذا الاعتقاد، يصبح الآن شيئاً يمكننا ضبطه والتحكم فيه ذاتياً. وعلى سبيل المثال أمكن أن يستخدم أسلوب الاسترخاء مع حالة من فصام البارانويا* بطريقة أدت إلى تغيير معتقدات المريض الخاطئة عن وجود تغيرات واحساسات في جسده لا يستطيع فهمها، إلى معتقدات معقولة عن طبيعة تلك التغيرات.

٥ - كذلك يمكن استخدام وحدة في علاج كثير من الاشكال المرضية. أمكن، على سبيل المثال، أن يستخدم أسلوب الاسترخاء في علاج حالات الضعف الجنسي. ففي حالة مريض شاب كان يشكو من القلق والاكتئاب، شكى أيضاً أنه عند الاتصال الجنسي بزوجته كان يعاني من القذف السريع عند الاتصال الجنسي بعد نصف دقيقة أو دقيقتين على الاكثر من الايلاج. وقد أدى هذا إلى اثارة كثير من التوترات لديه ولدى زوجته. وبتوجيه من المعالج أمكن للمريض أن يتعلم الاسترخاء العضلي في الدقائق الخمسة عشر السابقة على الاتصال الجنسي خاصة فيما يتعلق باسترخاء الاجزاء السفلى من الجسم والساقين. وقد استطاع المريض بعد أسابيع قليلة من أن يتغلب على مشكلة القذف السريع وبالتالي كل جوانب القلق التي كانت تحيط بها. كذلك هناك بعض التقارير التي تبين نجاح استخدام هذا الاسلوب في حالات الصداع النصفي والارق.

وتبين دراسات أخرى أن التدريب على الاسترخاء يؤدي إلى تغيير في مفاهيم المرضى عن ذواتهم (مفهوم الذات) فيصبحون بعد تعلم الاسترخاء أكثر ثقة بالنفس، ربما بسبب القوة التي يمنحها الاسترخاء لهم وما يعلمه لهم من قدرة على ضبط الذات، والتحكم في التغييرات الجسمية.

الاجراءات:

تتفاوت اجراءات الاسترخاء العضلي من حيث الطول.. فبعض التدريبات قد تستغرق نصف ساعة خاصة في البداية، والبعض الآخر قد يستغرق عشر أو خمس دقائق بحسب خبرة الشخص ونجاحه في ممارسة التدريبات.. والتدريب الذي ستأتي الاشارة له في تذييل هذا الفصل يستغرق نصف ساعة.. وهو تدريب من شأنه أن يطلع الشخص ويمكنه

* فصام البارانويا: حالة من حالات الاضطراب العقلي التي تتملك فيها الشخص معتقدات وأفكار خاطئة قد تكون مصدراً للخطر على الشخص نفسه أو على البيئة. كسيطرة مشاعر وأفكار اضطهادية، أو عظمة بطريقة تفسد من ادراك الواقع وتشوه منه (أنظر الفصل الأول).

من كثير من الفوائد التي يجنيها من الاسترخاء . وسواء بدأ الراغب في ممارسة التدريب ممارسته بتوجيه من المعالج وبحضوره أو بتوجيه ذاتي فان الخطوات التالية ذات فائدة جمة:

١ - استلق في وضع مريح عند بداية التدريب.. وتأكد من هدوء المكان وخلوه من المشتتات.

٢ - المكان الذي سترقد عليه يجب أن يكون مريحاً.. ولا توجد به أجزاء نافرة أو ضاغطة على بعض أجزاء الجسم.

٣ - ليس بالضرورة أن تكون راقداً أو نائماً.. بل يمكن البدء في التدريبات وأنت جالس في وضع مريح.. (وربما وأنت واقف في بعض الحالات).

٤ - ابدأ بتدريب عضو واحد في البداية على الاسترخاء ويفضل أن يكون الذراع كما في الخطوات الآتية.

٥ - أغلق راحة يدك اليسرى باحكام وقوة.

٦ - لاحظ أن عضلات اليد ومقدمة الذراع اليسرى تنقبض وتتوتر وتشتد.

٧ - افتح راحة يدك اليسرى بعد ثوان معدودة، وارخها وضعها في مكان مريح على مسند الاريكة. لاحظ أن العضلات أخذت تسترخي وتثقل.

٨ - كرر هذا التمرين عدداً من المرات حتى تدرك الفرق بين التوتر والشد العضلي في الحالة الأولى.. والاسترخاء الذي ينجم بعد ذلك عندما تفرد راحة يدك اليسرى، وإلى أن تتأكد من أنك أدركت الفكرة من الاسترخاء العضلي.. وأنه بامكانك ضبط عضلات راحة يدك اليسرى.

٩ - كرر هذا التمرين (الشد والارخاء) مع بقية العضلات الاخرى بحسب ما هو موضح في التذييل.

١٠ - بعد اكتساب القدرة على التحكم في التوتر العضلي والاسترخاء في جميع أعضاء الجسم عضواً فعضواً بالطريقة السابقة.. سيمكنك في المرات التالية استغراق وقت أقل في ذلك.

١١ - اكتساب القدرة على الاسترخاء بهذا النظام سيمكنك في مواقف تالية من التحكم في الاسترخاء العضلي.. في مناطق معينة من الجسم فقط. فعندما تحتاج بعض المواقف إلى الابقاء على بعض العضلات في حالة انتباه وتوتر ويقظة.. من الممكن الابقاء على العضلات الأخرى غير المستخدمة لهذا الغرض في حالة استرخاء. في مواقف قيادة سيارة مثلاً تحتاج لعينيك وقدميك ويديك في حالة من التأهب.. لكن بالطبع يمكنك الابقاء (وأنت تقود سيارتك) على بعض العضلات الأخرى في

حالة استرخاء مثل عضلات الكتفين، والظهر، والبطن، والساقين.. لاحظ أنه يمكنك أن تكون مسترخياً وأنت في قمة النشاط.

١٢ - من المهم أن تستخدم قوة الايحاء والتركيز الفكري لمساعدتك على الوصول إلى احساس عميق بالاسترخاء العضلي في لحظات قصيرة. لهذا من المفيد أن تدرب التفكير على التركيز في عمليات الشد والاسترخاء العضليين بالطريقة السابقة.. إذا وجدت أن تفكيرك يهيم في موضوعات أخرى أرجعه ارادياً إلى الاحساس بالجسم.

١٣ - لا تيأس إذا عجزت عن الوصول إلى حالة عميقة من الاسترخاء.. فان التكرار من شأنه أن يمكنك من ضبط الجسم بابقائه في حالة استرخاء إن عاجلاً أو آجلاً.

تذييل

تدريب على الاسترخاء العضلي بطريقة منظمة

فيا يلي نموذج للتدريب العضلي أخذناه من مصادر متعددة لأنه يجمع مزايا كثير من الطرق من ناحية، ولأن خبرتنا تدل على فاعليته من ناحية أخرى*.

« استلق الآن على مكان مريح أريكة أو كرسي أو سرير وفي وضع مريح لجسمك كله بقدر استطاعتك، أغمض عينيك، واصغ إليَّ. سأنبهك الآن لبعض الاحساسات أو التوترات في جسمك وسأبين لك بعدها أنه باستطاعتك أن تقلل منها وأن تتحكم فيها.. جميل!. إن جسمك الآن لا يزال في وضعه المريح ولا تزال عيناك مغمضتين في استرخاء لطيف (لحظة صمت). وجه انتباهك إلى ذراعك اليسرى أولاً.. كل انتباهك الآن وتركيزك على ذراعك اليسرى الذراع اليسرى بشكل خاص، أغلق راحة يدك اليسرى.. أغلقها باحكام وبقوة (لحظة صمت) لاحظ أن عضلات يدك الآن وعضلات مقدمة الذراع اليسرى تنقبض وتتوتر، وتشتد. انتبه لهذا التوتر والشد. لاحظه. والآن دع هذا. افتح يدك اليسرى وارخها وضعها على مكان مريح على مسند الاريكة أو وسادة ولاحظ الفرق بين ما كانت عليه من شد وتوتر وما هي عليه الآن من استرخاء (عشر ثواني صمت). والآن مرة أخرى كرر هذا. أغلق راحة يدك اليسرى باحكام وبقوة، ولاحظ التوتر والشد من جديد. لاحظه. ثم من جديد دع هذا كله. افتح يدك اليسرى ودعها في وضعها المريح ولاحظ ما كانت عليه من توتر وما هي عليه الآن من استرخاء. (١٠ ثواني صمت) ».

* أشرنا إلى أنه يمكن القيام بتسجيل ذلك بصوت هادىء وعميق، بالرغم من أن الرجوع لخبير في العلاج النفسي من هذا النوع أكثر فائدة.

لنتجه الآن ليدك اليمنى. أغلق باحكام راحة اليد اليمنى. ولاحظ التوتر في اليد اليمنى والذراع (٥ ثواني صمت). والآن استرخ. استمر في وضعك المريح وارخ يدك اليمنى. لاحظ الفرق فيما كانت عليه من توتر وما هي عليه الآن في وضعها المريح. استمتع بهذا الانتقال وحاول أن تتذوقه (١٠ ثوان). كرر هذا من جديد أغلق راحة يدك اليمنى باحكام وقوة. لاحظ ما هي عليه من شد وتوتر. ارخها ودعها في وضع مريح فارداً أصابعك باسترخاء. لاحظ أيضاً أن هناك تنميلاً وليناً قد بدأ ينتشر في ذراعيك اليمنى واليسرى كلا ذراعيك الآن قد بدآ يسترخيان.. ويسترخيان.

والآن دعنا نتجه إلى راحة اليد. إثن راحتيك كليهما إلى الخلف إلى أن تشعر بالشد والتوتر في المعصم وظهر اليد. ادرس هذا التوتر، ولاحظه. والآن استرخ وعد بمعصميك إلى وضعهما المريح، ولاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء (عشر ثوان). كرر هذا مرة أخرى. معصمك إلى الخلف والشد في مقدمة الذراع وخلف راحة اليد. ثم استرخ وارخ معصميك.. عد بهما إلى وضعهما المريح.. دع نفسك على سجيتها. واشعر باسترخاء أكثر وأكثر.

والآن أطبق باحكام كفيك، واثنهما في المقدمة في اتجاه الذراعين إلى أن تشعر بتوتر عضلات أعلى الذراعين في ذلك الجزء الممتد من الرسغ حتى الكوع. حاول أن تدرس التوتر وأن تحسه. والآن استرخ. اسقط ذراعيك بجانبيك ولاحظ الفرق بين التوتر السابق في عضلات الذراع وما هي عليه الآن من الاسترخاء النسبي الذي تحسه الآن. (عشر ثوان صمت) كرر هذا مرة أخرى. أقبض كفيك باحكام واثنهما في اتجاه الكتفين. محاولاً أن تلمسهما بقبضتك. توقف واسقط ذراعيك واسترخ. اشعر بالتناقض بين التوتر والاسترخاء. دع تلك العضلات على سجيتها أكثر فأكثر (عشر ثوان).

والآن دعنا نتحول إلى منطقة أخرى أي الكتفين. ارفع كتفيك كما لو كنت تريد لمس اذنيك بكتفيك. لاحظ التوتر الذي يظهر في الكتفين وفي عضلات الرقبة ادرس هذا التوتر ولاحظه. توقف استرخ عائداً بكتفيك إلى وضع مريح. دع عضلاتك على سجيتها أكثر فأكثر. لاحظ من جديد الفرق والتعارض بين التوتر السابق والاسترخاء الذي بدأ ينتشر في الكتفين (عشر ثوان). كرر ذلك مرة أخرى. ارفع كلا الكتفين كأنك تريد أن تلمس بهما الاذنين. لاحظ التوتر في الكتفين والرقبة. ادرس هذا التوتر في تلك العضلات. والآن استرخ. ارخ عضلات كتفيك، وعد بهما إلى وضع مريح. ادرس التعارض بين التوتر والاسترخاء من جديد (عشر ثوان).

تستطيع أيضاً أن تتعلم كيف ترخي مختلف عضلات وجهك. الآن عليك أن تغمض أو

تجعد جبهتك وحاجبيك إلى أن تشعر بأن عضلات الجبهة قد اشتدت وأن جلها قد (تكرمش). والآن استرخ، وعد بعضلات الجبهة إلى وضعها المسترخي. ارخها أكثر فأكثر (عشر ثوان). كرر هذا من جديد غضن جبهتك. ولاحظ التوتر في منطقة الجبهة، وأعلى العينين. والآن ارخ الجبهة، واسترخ بعضلاتها. ولاحظ من جديد التعارض بين التوتر والاسترخاء في الجبهة (عشر ثوان).

والآن أغلق عينيك باحكام. أغلقها باحكام وقوة حتى تشعر بالتوتر قد أخذ يشمل كل المنطقة المحيطة والعضلات التي تحكم حركات العينين (خمس ثوان). والآن دع تلك العضلات ولاحظ التعارض بين التوتر السابق والاسترخاء (عشر ثوان). كرر هذا من جديد. أغلق عينيك باحكام وقوة. التوتر يشملها. استمر (٥ ثوان). والآن استرخ.. ودع عضلات عينيك على سجيتها في وضعها المريح المغمض (١٠ ثوان).

والآن أطبق فكيك وأسنانك باحكام كما لو كنت تعض على شيء. لاحظ التوتر في الفكين. (٥ ثوان). والآن دع فكيك واسترخ ودع شفتيك منفرجتين قليلاً، لاحظ التعارض بين التوتر والاسترخاء في منطقة الفكين (١٠ ثوان). مرة أخرى أطبق الفكين. لاحظ ما فيها من توتر (٥ ثوان). والآن دع ذلك واترك نفسك على سجيتها، مسترخياً أكثر فأكثر (١٠ ثوان).

والآن اتجه إلى شفتيك، زمها، واضغط بكل منها على الأخرى باحكام. جميل. اضغط كل منها على الأخرى بكل ثقلك ولاحظ التوتر الذي بدأ ينتشر حول الفم والآن استرخ وارخ عضلات شفتيك ودع ذقنك في وضع مريح. مرة أخرى اضغط شفتيك وادرس التوتر المحيط بالفم. استمر (٥ ثوان). لاحظ كيف أن مختلف تلك العضلات قد بدت تتراخى بعد هذا الشد والاسترخاء المتوالي. الآن كل يديك، وجهك، وذراعيك، وكتفيك، ومختلف عضلاتك جميعها مسترخية في وضع هادىء.

والآن لنتجه إلى الرقبة. اضغط برأسك إلى الخلف على المساحة التي تستند عليها. اضغطها إلى أن تشعر بتوتر في خلف الرقبة والجزء الأعلى من الظهر بالذات. استمر. ادرس ذلك. والآن دع ذلك، وعد برأسك إلى وضع مريح، وحاول أن تتمتع بالفرق بين التوتر والاسترخاء العميق الذي أنت عليه الآن. استمر الآن فيما أنت فيه، أكثر فأكثر، وأعمق فأعمق بقدر ما تستطيع. كرر هذا من جديد شد برأسك إلى الخلف. ولاحظ التوتر المستثار. استمر في ذلك لحظة (٥ ثوان) والآن دع تلك وانتقل إلى استرخاء عميق.. عميق (١٠ ثوان).

والآن مد رأسك إلى الامام، كما لو كنت ستدفن بذقنك في صدرك. لاحظ التوتر

الذي يحدث الآن في الرقبة. والآن استرخ. دع كل هذا واسترخ على سجيتك (١٠ ثوان). كرر ذلك. ادفن ذقنك في صدرك. استمر في ذلك قليلاً (٥ ثوان). والآن استرخ أكثر فأكثر (١٠ ثوان).

والآن إلى عضلات الجزء الأعلى من الظهر. قوس ظهرك. قوسه كما لو كان صدرك سيلتصق بالبطن. لاحظ التوتر في الظهر، خاصة في الجزء الأعلى. والآن استرخ، وعد بجسمك إلى وضعه الطبيعي فارداً ظهرك في وضع مريح سواء أكنت على كرسي أم أريكة. ولاحظ الفرق بين التوتر السابق في الظهر والاسترخاء الحالي. (١٠ ثوان) مرة أخرى قوس الظهر. لاحظ التوتر المستثار. استمر قليلاً (٥ ثوان) والآن عد بعضلات ظهرك إلى وضعها المسترخى، تاركاً كل شيء على سجيته (١٠ ثوان).

والآن خذ نفساً عميقاً. شهيقاً عميقاً. لاحظ الآن أن التوتر قد بدأ ينتشر في الصدر وفي أسفل البطن. والآن استرخ وكن على السجية. وانفث الهواء. واستمر في تنفسك العادي. ولاحظ من جديد التعارض بين ما عليه الآن صدرك وبطنك من استرخاء وما كانا عليه من توتر (١٠ ثوان). أعد ذلك من جديد. خذ شهيقاً عميقاً، واكتمه، ولاحظ التوتر، والعضلات التي تشتد. والآن ازفر وتنفس بطريقة عادية ومريحة، تاركاً عضلات الصدر والبطن في استرخاء أكثر فأكثر كلما تنفست (١٠ ثوان).

والآن اقبض عضلات البطن. شدها إلى الداخل. حافظ على هذا الوضع قليلاً. والآن استرخ، ودع تلك العضلات تتراخى. استرخ ودع نفسك على سجيتها (١٠ ثوان). أعد هذا من جديد شد عضلات بطنك باحكام إلى أن تشعر بتوترها. لاحظ هذا التوتر وادرسه (٥ ثوان). والآن استرخ، دع كل شيء يتراخى في عمق أكثر وأكثر. توقف عن أي شد، وتخلص من أي توتر في أي عضل ولاحظ التعارض بين التوتر والاسترخاء الحالي (١٠ ثوان).

والآن أفرد ساقيك وابعدهما بقدر ما تستطيع. أفردهما حتى تلاحظ التوتر المستثار في منطقة الفخذ (٥ ثوان). والآن استرخ ودع ساقيك يسترخيان ولاحظ الفرق من جديد بين التوتر السابق للفخذين وما هما عليه الآن من وضع مريح، واسترخاء محسوس (١٠ ثوان). أعد هذا من جديد. ألصق ركبتيك، وأبعد رجليك بقدر ما تستطيع حتى تحس بتوتر شديد في الفخذين (٥ ثوان). والآن استرخ. أرخ عضلات جسدك.. دع كل الاعضاء على سجيتها تخلص من كل الشد الذي حدث في الفخذين (١٠ ثوان).

والآن إلى بطن الساق. حاول أن تشد عضلاتها بأن تثني قدميك إلى الامام في اتجاه الوجه. انتبه أنك عندما تثني قدميك في اتجاه الوجه ستشعر بالشد والتوتر، والانقباضات

العضلية في بطن الساق وفي القصبة على السواء. والآن استرخ. عد بالقدمين إلى وضعهما السابق، ولاحظ من جديد الفرق بين الشد والاسترخاء (١٠ ثوان). والآن هذه المرة: اثن قدميك إلى الخلف في اتجاه رسغ القدم، محاولاً أن تجعل أصابع القدمين ممتدة في اتجاه الرأس ولاحظ الشد في قصبة الساقين وبطنهما. استمر قليلاً. والآن عد إلى سجيتك مسترخياً بكل عضلاتك إلى وضعها السابق. ساعد نفسك على الاسترخاء أعمق وأعمق من قبل (١٠ ثوان).

والآن إن كل المناطق الرئيسية في جسمك مسترخية تقريباً. وأنت تلاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء. ونلاحظ أنك تستطيع أن تشد عضلات أعضائك وأن توترها وبنفس القدر تستطيع أن تسترخي بجسمك كله، إنك تسترخي وإذا لم تكن بعض أعضائك مسترخية، فحاول أن ترخيها. راجع معي من أسفل إلى أعلى كل عضلات أعضائك إذا لم تكن مسترخية فارخها حالاً... لنبدأ بعضلات القدم وبطن الساق والرسغ جميعها مسترخية (٥ ثوان). ارخ عضلات الفخذين، والركبة وبطن الساق، القصبة... (٥ ثوان). العجز والردفين (٥ ثوان)، البطن وأسفل الظهر والوسط (٥ ثوان) أعلى الظهر، والصدر والكتفين (٥ ثوان)، راحة اليد والأصابع والذراعين (٥ ثوان) الرقبة والزور (٥ ثوان).. جبهتك مسترخية (٥ ثوان)... كل عضلات الجسم مسترخية ومستلقية في وضع مريح.. والآن استمر في هذا الوضع المريح وسأعد من واحد إلى عشرة... وفي كل مرة حاول أن تسترخي أعمق فأعمق... ١، ٢، ٣، ٤، ٥، ٦، ٧، ٨، ٩، ١٠. جميل أنك قد أخذت قسطاً وافياً من الاسترخاء الآن... وسأعد تنازلياً من خمسة إلى واحد وعندما أصل إلى واحد ستفتح عينيك، وتجلس، وتستيقظ في نشاط هادىء: ٥، ٤، ٣، ٢، ١، عيناك مفتوحتان، وأنت الآن في كل يقظتك وفي كامل نشاطك دون قيود.

الخلاصة

جميع الناس تقريباً تستجيب للاضطرابات الانفعالية والقلق بتغيرات وزيادة في توترات عضلات الجسم. ومن شأن هذا التوتر أن يضعف من قدرة الكائن على المقاومة أو الاستمرار الكفء في نشاطه الجسمي والعقلي، بل ويجعله أكثر استهدافاً لمزيد من الانفعال والاضطراب والخوف والسلبية.. وتشيع حالات التوتر العضلي بين المرضى النفسيين والعقليين أكثر من شيوعها بين الاسوياء والناجحين اجتماعياً والقادرين على ممارسة أنشطة الحياة بكفاءة. ويصطحب كل اضطراب انفعالي بتوتر نوعي في بعض عضلات الجسم.. فالقلق يصطحب بتوتر في عضلات الرأس (الصداع)، والاحساس بالذنب بتوتر في

عضلات الظهر (كآلام الظهر)... إلخ. ويستجيب المرضى النفسيون والعقليون بتوترات عضلية عامة قد تشمل الجسم كله. ويقدم هذا الفصل بعض الاساليب للمساعدة في السيطرة على التوترات العضلية وتحقيق الاسترخاء العضلي. ويوضح أنه بامكان الانسان أن يتعلم وسائل من شأنها أن تساعده على تحقيق هذا الاسترخاء. ويؤدي نجاح الشخص في تعلم الاسترخاء العضلي إلى تغيرات شاملة في الشخصية وإلى مزيد من الكفاءة والنضج في مواجهة مشكلات الحياة وتأزماتها الاجتماعية والنفسية والجنسية. وعرضنا للاجراءات التي يمكن استخدامها لتحقيق أكبر قدر ممكن من الاسترخاء العضلي العميق وأحد التدريبات المهمة لذلك.

مراجع وتعليقات

1 Jacobson, E. **Progressive relaxation.** Chicago: U. of Chicago Press 1929.

2 jacobson, E. Variation of Blood_Pressure with Skeletal Muscle tension and relaxation. **Annual Internal Medicine,** 1939, 12, 1194.

3 Jacobson, E. **Anxiety and tension control.** Philadelphia: Lippincott, 1964.

4 Wolpe, J. & Lazarus, A. **Behavior therapy techniques.** London: Pergamon, 1966.

5 Beech, H. R. **Changing Man's behavior.** London: Pelican Books, 1972.

6 Clark, D. F. The Treatment of Phobia by systematic desensitization, **Behavioral research and therapy,** 1963, 1,63.

7 Davison, G. The influence of systematic desensitization, relaxation, and graded exposure to imaginal stimuli in the modification of phobic behavior, J. **of Abnormal Psychology,** 1966.

8 Eysenck, H.: **Behavior Therapy and the neurosis.** London: Pergamon Press, 1966.

9 Eysenck, H. J. & Rachman, S. **The causes and cures of neurosis.** London: Routledge & Kegan Paul, 1965.

10 Lomont, J. F. & Edwards, J. E. The role of relaxation in systematic desensitization, **Behavior Research and Therapy,** 1967, 5, 11_25.

11 Rachman, S. systematic desensitization. **Psychological Bulletin,** 1967, 67, 93_103.

12 Tasto, D. L. Muscle relaxation treatment for primary therapy, **Behavior Therapy,** 1974, S, 668_672.

13 Weiss, R. M. The relative efficasy at deep muscle relaxation in the modification of headaches. Paper presented at the 82nd Annual Convention of the American Psychological Association, New Orleans, 1974.

14 Wolpe, J., Salter, A. & Reyna, A. (eds.), **Conditioning therapies.** New York: Holt, Rinehart & Winston, 1964.

٥

أسلوب تأكيد الذات والحرية الانفعالية

اشتكى شاب في الثامنة والثلاثين من العمر من مشاعر حادة بالاكتئاب والانقباض، ووصف نفسه بأنه لا يصلح لتولي مسؤوليات علمه. وبالرغم من تفوقه الشديد في المحاسبة والاقتصاد، إلا أنه لم يتلق أي ترقيات تذكر في عمله. وقد أوضح أنه يشعر بالاحباط وانخفاض في روحه المعنوية. وقد لقي ترقية تافهة في مؤسسة ضخمة في الوقت الذي ذهب فيه طالباً العلاج. لقد كانت تلك الترقية صدمة بالنسبة لرجل بهذه المؤهلات الممتازة، وكان ذلك ما دفعه مباشرة لطلب العلاج السلوكي كملجأ أخير لمعاناته.

وقد اتضح منذ بداية الجلسة العلاجية الأولى أن هذا الشاب يفتقر افتقاراً شديداً لتأكيد الذات والثقة بالنفس. ولهذا أعطاه المعالج كتاباً مشهوراً في هذا الموضوع*، ونصحه بأن يقرأ بعض فصول الكتاب، وأن يعد نقداً لها في الجلسة التالية. وقد عاد المريض للجلسة التالية بعد أن نفذ ما طلبه منه المعالج وأوضح بأنه يشعر بأن لا أمل له بالمرة في المستقبل.

حاول المعالج أن يمده بكل التشجيع والثقة، لكن حذره في نفس الوقت من التداعي والانهيار السريع.

وفي الجلسة التالية بين شابنا أن ترقيته في العمل هي السبب الرئيسي وراء كل المتاعب التي يتعرض لها، وأن الترقية الملائمة ستجعله قادراً على اكتساب الثقة بالنفس وتأكيد الذات. «إنني أشعر بأنني ما لم أحصل على حقي في العمل، فإن أي محاولة منك أو مني للعلاج لن تنتهي إلا بضياع وقتينا معاً».

أوضح المعالج له بأن افتقاره لتأكيد ذاته في العمل هو السبب وليس النتيجة لكل المتاعب والفشل الذي يواجهه في العمل، وأن تقدمه المهني يتلو قدرته على تأكيد ذاته ولا يسبقها. لقد كان واضحاً أن المريض يحاول أن يستخدم موقف العمل كمحك وحيد

* كتاب سالتر عن العلاج من خلال الفعل المنعكس ويوضع هذا بأن المعالج النفسي يقوم بدور تربوي توجيهي لمرضاه وليس مجرد دور سلبي يقوم على وصف العقاقير والتشجيع على الثرثرة`.أ

مسؤول عن تقدمه وتحسنه بشكل عام.

وقد بين التحليل الدقيق أن ظروف الترقية والتقدم في المؤسسة التي يعمل فيها الشاب محدودة للغاية. وكان من الواضح أن الحل الامثل هو أن يترك المكان الذي يعمل فيه حالياً إلى مكان آخر به ظروف أفضل للترقية. لكن المريض رفض ذلك مبرراً بأنه يشعر بالتهديد وعدم الامان عندما يعمل في بيئة غير مألوفة إليه. وقد كشفت الاستفسارات التالية بأن الشاب يخشى فكرة **المقابلة الشخصية** التي تعقد مع مديري العمل قبل تعيينه. وهنا جعل المعالج هذه النقطة بؤرة اهتمام للتدريب على تأكيد الذات مستخدماً أساليب لعب الادوار بالشكل الآتي:

طلب المعالج منه أن يتصور أن المعالج نفسه هو مدير عمل في مؤسسة وأن المريض الآن في موقف مقابلة مع هذا المدير للترشيح لهذا العمل. وبناء على هذا طلب من المريض أن يترك حجرة العلاج وأن يتجه إلى الباب طالباً الاذن بالدخول لعقد المقابلة.

وعندما أذن المعالج للمريض بالدخول، فتح المريض الباب واقترب من المكتب بتردد وبحذر. وعندئذ قطع المعالج هذا الاجراء لكي يعكس للمريض الطريقة الخنوعية التي دخل بها، والتعبيرات المستكينة، ونظرات العينين المنكسرة، وغيرذلكمن مظاهر التوتر. لهذا طلب منه أن يجلس على المكتب بدلاً منه وأن يمثل دور المدير وأن يمثل المعالج دور المتقدم للعمل طالباً منه في نفس الوقت أن ينتقده بعد انتهاء الدور. وعند قيام المعالج بهذا الدور حاول أن يرسم شكل دخوله للمكتب بطريقة الانسان المتأكد والواثق، طالباً من المريض أن يلاحظ كل جوانب السلوك التي تصدر عنه سواء من حيث وضع الجسم أو طريقة السير، أو نظرات العينين ومتى يجب أن تلتقي بعين المدير ومتى يجب أن لا تلتقي.

وقد تكرر هذا الاجراء عدداً كبيراً من المرات حتى استطاع أن يقرب من المدير القابع خلف مكتبه (المعالج)، وقد خلت تعبيراته وملامحه من كل مظاهر المسكنة والقلق. كذلك دربه المعالج على أساليب مختلفة من المقابلات لأنماط مختلفة من المديرين: المدير الذي يقف من مكتبه لكي يلتقي به عند باب الدخول والمدير الذي يتركه باهمال وهو يقرأ بعض الوثائق الهامة، والمدير الذي يحاول قاصداً أن يخفف من مظاهر توتره... وهكذا.

وبعد تطبيق هذا الاسلوب بدأ المعالج يركز على **محتوى** المقابلة فطلب من المريض أن يجيب على أسئلة تتعلق بمؤهلاته، وخبراته، وتاريخ حياته مسجلاً هذه الاجابات على جهاز تسجيل. وقد طلب منه بعد ذلك أن يضع نفسه في موقع مدير العمل، وأن يقرر ما إذا كان سيقبل المتقدم لهذا العمل بناء على هذه المقابلة المسجلة أم لا. لقد كان واضحاً من التسجيل أن قدرة المريض على التغيير من تعبيراته وملامحه وطريقة دخوله للمكتب

لم تشمل بعد طريقة كلامه المترددة عن امكانياته وخبراته. لقد كان ببساطة يقلل من قدرة نفسه، فبدلاً من أن يؤكد على خبراته الممتازة كان يغمغم بكلمات غير مفهومة وغير مؤثرة، وفيها من العموميات أكثر مما فيها من تركيز على الاشياء التي يتقنها. لهذا قام المعالج بعرض نفس هذه المعلومات بطريقة لفظية ناجحة، وطلب من المريض أن يعيد ذلك. ونتيجة لهذا أمكن للمريض أن يقدم اجابات ملائمة للأسئلة الخاصة التي كان يسأله إياها المعالج، في مواقف تلقائية.

استمرت هذه الاجراءات العلاجية مع المريض فترة قطع بعدها اتصاله بالمعالج لمدة شهرين. طلب بعدها جلسة أخرى. وقد دهش المعالج عندما دخل المريض حجرة العلاج هذه المرة وهو يقول للمعالج «انك تنظر الآن لرئيس وحدة المحاسبين في شركة (كذا)». وأخذ يصف بعد ذلك كيف أنه تقدم لأكثر من إعلان، وعقد أكثر من مقابلة شخصية، وكيف أنه نجح أخيراً في الحصول على عمل بأجر أعلى مما نص عليه الاعلان.

لقد قرر المريض بأنه قد شفي الآن من مشكلته، ولو أن المعالج كان يرى بأنه لا زالت هناك بعض الجوانب في سلوكه تحتاج لتدريب آخر على الثقة بالنفس*.

ومع ذلك فقد تلقى المعالج مكالمة تليفونية بعد عامين من نفس المريض يخبره فيها بأنه قد أصبح مستشاراً اقتصادياً في إحدى الشركات[1].

تمثل الاساليب العلاجية التي استخدمت مع الحالة السابقة نمطاً رئيسياً من أنماط العلاج السلوكي الحديث، وهو ما يسمى بالعلاج عن طريق تأكيد الذات.

* * *

ويشير مفهوم «تأكيد الذات» إلى معنى أكثر اتساعاً مما نلاحظه في حالة الشاب السابق، فهو لا يشير إلى أن يؤكد الشخص نفسه، أو أن يدرب نفسه على الاستجابات السلبية، والسيطرة واعطاء الاوامر والتحكم في الآخرين فقط، بل وأن يكون قادراً على التعبير عن عواطفه الايجابية بشكل عام، كالتعبير عن الصداقة، والود، والاعجاب، والشكر وغير ذلك. ولعل المنطق الذي يكمن وراء هذا المعنى واضح للقارىء. ذلك لأن المريض النفسي الذي يعاني من العجز عن تأكيد ذاته (وما أكثر شيوع ذلك بين العصابيين)

* لا يجب أن نفهم من هذا المثال أن أوضاع الموظف في المجتمع تحكمها عناصر ذاتية كالثقة بالنفس فقط. أو أننا نقلل من شأن الظروف الحضارية والاجتماعية في مثل هذه الامور. لكن عدم الثقة بالنفس والعجز عن تأكيد الذات كانتا من المشكلات الرئيسية في حالة هذا المريض. وفي كثير من المواقف يجد المعالج النفسي أن من واجبه أن يعين مريضه على التغيير من نفسه حتى وان كان يعترف بقوة الظروف الاجتماعية نظرياً.

يعجز حقيقة عن التعبير عن ذاته سواء في المواقف التي تحتاج منه لإظهار العدوان والغضب، أو المواقف التي تحتاج لإظهار التأييد، والود، أي في مواقف التعبير السلبي والايجابي على السواء، مما يحوله إلى شخصية تافهة وباهتة. ومن المؤسف مع هذا أن نجد أن كثيراً من الكتاب، والمعالجين النفسيين يفهمون طريقة «تأكيد الذات» من وجهة واحدة، أي من حيث هي مظهر من مظاهر التعبير عن العدوان والغضب، والضيق والرفض، إلى غير ذلك. وبالرغم من أن «لازاروس» أستاذ العلاج السلوكي بجامعة راتجرز وهو من أشهر المعالجين استخداماً لهذا الاسلوب، لا يغفل عن الطبيعة الثنائية في مفهوم تأكيد الذات، فان الكاتب يلاحظ أن كثيراً من أساليب هذا المعالج العلاجية تتجه للأسف نحو تدريب مرضاه على العدوان والغضب والرفض.. (ولو أن هذا يشيع كثيراً بين غيره من المعالجين). إن أسلوب تأكيد الذات أعم من هذا ويعني بشكل عام حرية **التعبير الانفعالي وحرية الفعل على السواء، سواء كان ذلك في الاتجاه الايجابي (أي في اتجاه التعبير عن الافعال والتعبيرات الانفعالية الايجابية الدالة على الاستحسان والتقبل، وحب الاستطلاع، والاهتمام، والحب، والود، والمشاركة، والصداقة، والاعجاب)، أو في الاتجاه السلبي** (أي في اتجاه التعبير عن الافعال والتعبيرات الدالة على الرفض وعدم التقبل، والغضب، والالم، والحزن، والشك، والخوف والاسى). لهذا فاننا نتفق مع لازاروس في أن مفهوم الحرية الانفعالية يبدو قادراً أكثر من مفهوم تأكيد الذات على استيعاب هذه العناصر المتعددة من التعبير. بالرغم من هذا فإننا قد نستخدم مفهوم تأكيد الذات في هذا الفصل لتحقيق التناسق مع الكتابات النفسية عن هذا الموضوع، لكن يجب أن يكون واضحاً في ذهن القارىء في نفس الوقت بأننا نشير إلى المعنى الايجابي والسلبي الذي قد يلائمه أكثر **مفهوم الحرية الانفعالية.**

والعلاج النفسي السلوكي بطريقة تأكيد الذات لا يجب أن يقتصر إذاً على تعلم الناس التعبير عن احتياجاتهم، وحقوقهم، وعدوانهم (ولو أن هذا ضروري في كثير من حالات الفصام الخفيفة، وعدم الثقة بالنفس، والانسحاب، والشعور بعدم كفاءة الشخصية). لكن التوازن في التعبير عن الحرية الانفعالية يجب أن يتضمن أكثر من هذا، أي أن يتضمن تدريب الشخص على الجانب الآخر أي التعبير الايجابي. وعلى سبيل المثال فقد لاحظنا في تعاملنا مع المرضى العقليين (وبعض المرضى النفسيين أيضاً)، أنهم يستطيعون التعبير عن المعارضة، والرفض، والمعاندة، كذلك يميلون للنقد اللاذع، والسخرية، ويعتنقون بشكل عام اتجاهاً عدوانياً نحو الناس والمعالج على السواء. لكنني كنت ألاحظ عجزهم الشديد وتخلفهم النفسي العميق عندما كان يتطلب الامر منهم التعبير عن المودة أو الاعجاب

بفكرة معينة، أو مدح سلوك طيب، أو تأييد رأي جيد. في مثل تلك الحالات من الضروري التدرب على حرية التعبير الايجابي باستخدام عبارات مثل (إنني معجب بالكلمة التي قلتها في ذلك الاجتماع)، أو «لقد قمت بعمل ممتاز حقيقة»، أو «إنني فخور بصداقتي لك»، و «أحب طريقتك في الحديث... إلخ».

ومع ذلك فان كثيراً من الاشخاص يجدون صعوبة في التعبير الايجابي مهما حاولنا أن ندربهم على ذلك، وقد يصبح بعضهم دفاعياً ومتهكماً. وقد يبرر عجزه بأن أفعاله تدل على الحب، وأنه لا يحتاج إلى التعبير عن ذلك. لكن الخبرة تبين لنا أن التطابق بين الفعل والكلمة أمر ضروري للصحة النفسية. فقد تستمتع بالاصدقاء والجلوس والحديث معهم وزيارتهم في منازلهم، لكن تعبيرك عن ذلك صراحة في كلماتك لهم قد يكون من أكثر العوامل اشباعاً لك ولهم، باطلاق حرية التعبير الانفعالي بجانبيه الايجابي والسلبي.

وقد يتصور البعض أن التعبير الايجابي عن الانفعال قد يعني النفاق والخداع والتلاعب بمن هم حولنا. لكن الفرق بين التصورين فرق كبير حقيقة. ففي حالات النفاق والتلاعب، وخداع الناس باعطائهم صورة مضللة غالباً ما يكون الهدف تحقيق منفعة شخصية، قد يكون تحقيقها على حساب الصحة النفسية للشخص لكن تكوين عادات الحرية الانفعالية يعني القدرة على إعطاء عائد صادق وأمين، أي أن يكشف الشخص عن مشاعره الحقيقية وأن يفعل ذلك في صراحة وانفتاح. ونتائجها بهذا المعنى غالباً ما تعود بانخفاض في مستوى القلق، ومقدرة على تكوين علاقات وثيقة وانسانية، واحترام للذات، ومقدرة على التكيف الاجتماعي الفعال.

الاساس العلمي والتطور التاريخي لمفهوم تأكيد الذات:

لكي نلم بالاساس النظري العلمي للتدريب على تأكيد الذات، علينا أن نرجع قليلاً لنظرية «بافلوف» في التعلم.

لقد برهن بافلوف على أن إفراز اللعاب لدى كلاب معمله والذي يحدث آلياً عند تعرض هذا الحيوان لمنبه معين من شأنه إرضاء هذا السلوك (كالطعام) يمكن أن يحدث بنفس القدر نتيجة لمنبه آخر (صوت جرس أو ضوء) وإذا ما ظهر هذا المنبه الآخر مصاحباً للمنبه الاصلي (وهو الطعام والذي يطلق عليه بافلوف اسم المنبه الاصلي). وفي النهاية نجد أن المنبه الشرطي (صوت الجرس أو الضوء) من شأنه وحده أن يثير نفس الاستجابة (إفراز اللعاب). ليطلق بافلوف على عملية التعلم هذه مفهوم التعلم الشرطي.

وبالرغم من العبقرية والكفاءة التي صاغ بها بافلوف نظرياته عن التعلم الشرطي إلا أن كثيرين أخذوا عليه بعد ذلك هذا التصور الآلي الميكانيكي للسلوك، ومع ذلك فان

التجربة السابقة قد تساهم في إعطاء صورة مضللة لانجازات « بافلوف »، ذلك لأن هناك جوانب أخرى من هذه النظرية تجعل منها ذات دور هام في التطور بالسلوك الانساني بمفاهيم أكثر اتساعاً وانفتاحاً.

منها ما اكتشفه « بافلوف » من أن هناك خصائص موروثة من شأنها أن تساعد الناس والحيوانات على سرعة تكوين عادات التعلم الشرطي، وأن هناك خصائص أخرى تعوق ذلك. وبناء على هذا التصور نجده يميز بين خاصتين رئيسيتين للجهاز العصبي هما:

١ - الاستثارة Excitation وهي عملية تتعلق باستثارة المخ، ومن شأنها توليد نشاطه، وتيسير تكوين استجابات شرطية جديدة.

٢ - عملية معارضة للاستثارة ومن شأنها التقليل من النشاط والتعلم الجديدين ويطلق عليها عملية الكف Inhibition[1].

ومن المتفق عليه أن المخ (مركز هذه العمليات) يجب أن يبقى في حالة من التوازن والتعادل بين الكف والاستثارة حتى تتحقق الشروط الفسيولوجية المتعلقة بالصحة النفسية. فالاستمرار في استثارة مستمرة يهدد بقاء الانسان، وينتهي بمضاعفات خطيرة في المخ. أما الوقوف على حالة الكف فانها أيضاً تؤدي إلى اضطرابات سيكلوجية كالخمول النفسي، وانخفاض الطاقة، ومشاعر عدم الكفاءة.

ومنذ أن صاغ « بافلوف » هذا التصور قام عدد من علماء العلاج النفسي السلوكي بتوظيف هذه المبادىء للخدمة النفسية والعلاج. ولعل من أبرز الاسماء التي يذكرها تاريخ العلاج النفسي « سالتر » الذي كان أستاذاً بجامعة نيويورك حتى وفاته سنة ١٩٤٩. لقد استطاع « سالتر » أن يستخدم نظرية بافلوف بنجاح في منهج من مناهج العلاج النفسي أثر على كل المناهج الحديثة في العلاج السلوكي.

التحرر من الكف والقيود الانفعالية:

ويطلق سالتر على منهجه في العلاج اسم « العلاج بطريق الفعل المنعكس الشرطي » منطلقاً تماماً من مفاهيم نظرية « بافلوف » يقول « سالتر »:

« فكما أن كلب « بافلوف » تعلم أن يفرز اللعاب عندما يدق الجرس، كذلك الطفل الانساني يتعلم أنواعاً كثيرة من السلوك بطريقة شرطية من بيئته، ومن غير إرادته. فإذا ما كانت جميع أفعال الطفل تقابل من الأم بأوامر رافضة « لا .. لا تفعل هذا »، فإن الطفل سيكف انفعالاته وينسحب إلى نفسه، تماماً عندما كان المجرب في تجارب « بافلوف » يعاقب الكلب بسبب إفراز اللعاب. وبتعبير « بافلوف » فإن إفراز اللعاب عندما يدق الجرس مؤذناً بظهور الطعام يعتبر مثالاً للاستثارة الشرطية. أما إذا أخذ الجرس يدق مرة تلو

الأخرى، دون أن يصحبه طعام، أو إذا عاقبنا الحيوان عندما يرن الجرس بدلاً من تقديم اللحم، فإن إفراز اللعاب سيتوقف وهذا يعتبر مثالاً للكف الشرطي »[٣].

وبناءً على هذا التصور نجده يميز بين نمطين من الشخصية الانسانية: **الشخصية المكفوفة** أو المقيدة وهي شخصية منسحبة، وحبيسة لانفعالاتها، وعاداتها، وتقاليد المجتمع وعاداته. والشخصية **المنطلقة** أو المستثارة. وهي شخصية تلقائية، وايجابية، ومباشرة، وخلو من القلق:

« الاستثارة قانون أساسي من قوانين الحياة، والعصاب نتاج لكف الدفعات الطبيعية التي تحكمها هذه القوانين »[٣].

أما لماذا تزداد عمليات الكف عند البعض وتزداد عمليات الاستثارة عند البعض الآخر، فان هذا يتعلق في الحقيقة بالخبرات الاجتماعية والتعلم في الطفولة وذلك لأن:

« سلوك الطفل الصغير يتجه للاستثارة. فهو يتصرف من غير قيود. وإذا ما تركناه كذلك دون تدخل في مجرى سلوكه فيما عدا إرضاء حاجاته البيولوجية، فان نمطه الاستثاري سيتطور في هذا الاتجاه. أما إذا بدأنا عمليات الكف مبكراً في حياة الطفل، فانه هنا تحدث المتاعب »[٣].

ولا يعني ذلك أن نرفض الكف تماماً في السلوك لأن حياة الانسان في مجتمع تتطلب ضرورة كفه لبعض التصرفات، لكن إفراط الحياة الحديثة بناءً على مفاهيم تربوية خاطئة تفرط في هذا الكف وتتطرف في ممارسته، فعلى الطفل أن يكون « مؤدباً » في كل الاوقات، وأن لا يعارض الآخرين، أو يقاطعهم، وأن يكون غيرياً دائماً، أي أن لا يكون بشكل عام انساناً يخطىء بمقدار ما يصيب، بل إن عليه أن يكون مصيباً دائماً. « إننا بهذا الشكل نفرض أنماطاً من الكف الضرورية التي تسمح له بالحياة في المجتمع، لكن ماذا يتبقى له بعد ذلك من أجل سعادته الخاصة »[٣].

وتهدف عملية العلاج النفسي وفق هذا التصور السابق إلى وضع أساليب للتغيير من نمط الكف إلى الاستثارة والانطلاق. ومن الطرق التي استخدمها « سالتر »: التنويم المغنطيسي، وأساليب تأكيد الذات بهدف تمكين الشخص من التعبير عن انفعالاته بحرية. كذلك كان يعين لمرضاه أعمالاً خاصة علاجية، يطلب منهم تنفيذها عند تفاعلهم بالبيئة وتكيفهم معها، كالتلقائية، والاسترخاء والتعبير المباشر عن المشاعر، وتغليب الفعل على التفكير، والامانة، والصدق في السلوك.

وقد يختلط مفهوم الشخصية المنطلقة أو المستثارة بمفهوم الانبساط، والميول الاجتماعية، وحب الاختلاط. لكن « سالتر » يرى أن مفهومه يختلف عن ذلك كثيراً، فكثير من

الاشخاص الذين يبدون للناظرين على أنهم اجتماعيون وذوو صداقات متعددة، وقدرة على التأثير في الآخرين والتفاعل الاجتماعي، هم في الحقيقة أبعد ما يكونون عن الصحة النفسية أي من حيث الامانة، والصدق والحرية في التعبير الانفعالي:

« إن الانسان يستطيع أن يكون مقيداً وهو في قمة النشاط الاجتماعي، وأنه ليس من النادر أن تجد كثيراً من الاشخاص يثيرون حولهم الضجيج كبعض المحامين، والمهندسين، لكنهم من الناحية الانفعالية أبعد ما يكونون عن التكامل »[٣].

وعندما يكون المعالج النفسي ذاته قادراً على تأكيد ذاته وعلى التعبير الانفعالي الحر تكون فائدته لمريضه كبيرة، فهو يمنح مريضه نموذجاً صحياً فعالاً. فلنر كنموذج لذلك هذه الحالة:

حالة الشاب الممل والمعالج الحازم:

« المريض، ولنطلق عليه السيد (أ)، شاب طويل، ووسيم، وابن لثري. كان يبلغ من العمر في وقت العلاج خمسة وعشرين عاماً، ويعد للحصول على الدكتوراه في علم الاجتماع. يتحدث بطريقة غامضة عن آماله، وأهدافه في اصلاح الانسانية والنهوض بها. لكنه يشعر بأنه ممل، وأنه يفتقر إلى جاذبية الحديث. ومع ذلك فقد أبدى كل مظاهر اليقظة والنشاط، والتشويق أثناء الجلسات العلاجية، وإن كان يتصرف بطريقة عنيدة خاصة عندما كان المعالج يختلف معه. وبالرغم من أنه قرر بأنه لا يشعر بصعوبة المواد الدراسية التي يدرسها، إلا أنه يجد صعوبة في التركيز، لأن ذهنه « يتجول دائماً هنا وهناك ». يتقلب لساعات قبل أن يغرق في نوم متقطع. يريد من المعالج أن يعلمه كيف ينوم نفسه مغنطيسياً حتى يتخلص من الارق. وقد حاولت (أي المعالج) أن أعلمه بالفعل التنويم لكنني فشلت معه، لأن ذهنه كان يتجول في أشياء أخرى، ويقارن أساليبي في التنويم بقراءاته في هذا الموضوع، وبالتالي بما يجب علي أن أفعله حتى أنجح في تنويمه. وعلى العموم فلم يحدث أي تقدم في هذه الوجهة »[٣].

« بدأت بعد ذلك أغير من طريقتي معه إلى طريقة حازمة، فبينت له أنني غير مسؤول تماماً عن كل الأفكار التي تجول بذهنه ولا يهمني في قليل أو كثير. وبحزم أوضحت له، بأنني أنا السلطة العلاجية هنا، وأنه جاء ليستشيرني في مشكلاته لا لكي يقدم لي النصيحة فيما يجب أن أفعله أو لا أفعله. وأنه يجب أن ينفذ ما آمره به تماماً إذا أراد أن ينجح في تعليم التنويم الذاتي. والحقيقة أنني أجد هذا المنهج الحازم فعالاً خاصة مع هذا النمط من المرضى المدللين الذين أفسدتهم التربية بحيث يتعذر التواصل معهم إلا من خلال موقف انفعالي جديد »[٣].

« ويهوى المريض الموسيقى، وهو في الحقيقة صاحب أذن موسيقية مدربة. لهذا قررت أن أعدل من طريقتي في العلاج، وطلبت منه أن ينصت إلى طقطقة أصابعي ثم توقفت وسألت: هل لا زلت تسمع هذا الصوت في رأسك؟ (بعد أن توقفت عن طقطقة أصابعي). فأجاب بالايجاب »[٣].

« عندئذ قمت بقرعة خفيفة على مكتبي بقلمي. قائلاً « هل تسمع هذا الصوت؟ ». فأجاب بالايجاب »[٣].

قلت: « هذا جميل. والآن إنني أرى أن هذا الاجراء ضروري وسننطلق من خلاله في خطتنا العلاجية عندما أراك في المرة القادمة »[٣].

المريض: ألن تقوم بتنويمي اليوم؟

ابتسمت ابتسامة خفيفة وقلت: « إذا أردت أن أساعدك، فيجب أن يكون ذلك بطريقتي الخاصة. إنني لا أنتظر أوامر منك توضح لي ما يجب أن أفعله الآن أو المرة القادمة »[٣].

« وربما يرى البعض أن هذا الاسلوب قد يخيف المريض وبالتالي ينفره من العلاج تماماً، ولكن الخبرة علمتني بأن هذه أفضل طريقة للتعامل مع المرضى الذين يحاولون أن يوجهوا الناس والعلاج بطريقتهم الخاصة. إن اختلافي هنا في الاسلوب وليس في المبادىء الرئيسية التي يجب أن ينتهي إليها العلاج النفسي »[٣].

« لقد خرج الشاب وهو منزعج، لكن حبه لاستطلاع ما قد أحمل له كان واضحاً وهذا ما كنت أهدف إليه في الحقيقة »[٣].

« وفي الجلسة التالية: كررت مبيناً له أنه يجب ببساطة أن ينصت إلي وأن ينفذ ما أقول. إنني أسمح له بأن يضيع وقته، ولكنني لا أسمح له بأن يضيع وقتي، وأنه ما لم يتعاون معي تماماً فان عليه أن يتفضل بالخروج الآن »[٣].

المريض: لماذا، ما هو خطئي حتى ألقى هذه المعاملة؟

المعالج: إنك مخطىء لأنك تتصرف بما أنت عليه. هذا كل ما هناك. إن شراءك تذكرة دخول للمسرح لا تعطيك الحق في أن تختار الحوار للممثلين.

المريض: (يبتسم)..

المعالج: جميل... والآن أريدك أن تنظر إلى هذه البقعة المنعكسة من هذا الضوء (أشرت إلى وعاء لامع موضوع فوق مكتبي). هل ترى هذه البقعة الضوئية.

المريض: نعم.

المعالج: والآن في كل مرة أضرب لك فيها بأصابعي أريدك أن تنظر إلى هذه البقعة،

وأن تغمض عينيك باسترخاء وبالتدريج. أريدك أن تغمضها بالتدريج وبرقة لصالحك. ستجد ذلك جميلاً ومشوقاً للغاية.

استرخى المريض على كرسيه المريح وهو يحملق في البقعة. نقرت بأصابعي، فأغلق عينيه. انتظرت لثلاث ثوانٍ وعندئذ قلت بهدوء «افتح الآن عينيك». فتح عينيه واستمر ينظر للبقعة. انتظرت ثلاث ثوان أخرى ثم قلت «افتح عينيك». فعل ذلك.

جميل من الآن فصاعداً أريدك أن لا تفكر في شيء، وأن تسترخي، وأن تهدأ كأنك تعيش في حلم من أحلام اليقظة. وفي نفس الوقت أن تغلق عينيك دون تفكير حالما أضرب لك بأصابعي، وأن تبقي عليهما مغلقتين حتى أطلب منك أن تفتحهما. حاول أن تسترخي، وأن لا تفكر في أي شيء، فكر في جسمك فقط.

«لقد كان المريض الآن منتبهاً لي تماماً، وكان واضحاً أن عناده وميله للمخالفة قد انتهيا»[٣].

«طقطقت أصابعي. أغلق عينيه، انتظرت ثلاث ثوان وطلبت منه بعدها أن يفتحها. نقرت بأصابعي مرة أخرى. أغلق عينيه.. مرت ثلاث ثوان أخرى. وطلبت منه أن يفتح عينيه. كررت ذلك **أربعين** مرة وبعدها قلت له»[٣]:

المعالج: هاه بماذا تشعر الآن؟

المريض: (مندهشاً) أشعر باسترخاء كامل.

المعالج: جميل... سأقول لك لماذا.

«وبدون توقع منه ضربت بأصابعي، وبالرغم من أنه لم يكن مركزاً على البقعة فقد رمشت عيناه».

المعالج: ما الذي حدث الآن؟

المريض: رمشت بعيني عندما طقطقت بأصابعك.

المعالج: «هذا جميل».

«إن هذا يعني الآن أنه أمكن التحكم في إغماض جفني: المريض بطريقة الارتباط الشرطي»*.

«ثم أخذنا في استئناف تمارين الضرب بالاصابع وإغماض العينين لمدة أربعين

* المنبه الشرطي هو الطقطقة بالاصابع وأغماض الجفنين والاسترخاء يمثلا الاستجابة الشرطية: أما المنبه الاصلي فهو الوعاء اللامع. وتعلم الاسترخاء إثر الضرب بالاصابع يشير إلى عملية التعلم الشرطي.

مرة إضافية. وتوقفت بعد ذلك »[٣].

المعالج: والآن هل يمكنك أن تتخيل صوت الضرب بأصابعي بينما أنا لا أنقر بها بالفعل.

المريض: نعم بالطبع.

المعالج: هل تستطيع أن تسمعها بوضوح في ذهنك؟.

المريض: (يومىء علامة الموافقة).

المعالج: والآن سأقول لك ما أريد أن تفعله، أريدك أن تستمر في ممارسة هذه التدريبات عشر دقائق يومياً، مرة في الصباح عندما تستيقظ من النوم، ومرة في المساء عندما تذهب للسرير. في كل مرة تخيل نفسك أنك تنظر إلى بقعة مضيئة، وتخيل الحالة الهادئة التي أنت عليها الآن، وأوهم نفسك بأنك تسمع صوت أصابعي. حاول أن تفكر في ذلك بمشاعر الاسترخاء ثم أغلق عينيك. قد يبدو الأمر معقداً وأصعب، لكنه في الحقيقة غير ذلك.

المريض: أظن أنني أفهم الآن ما تريد: لكن ماذا لو أنني لم استطع النوم.

المعالج: حاول أن تقوم بهذه التمارين. وإذا وجدت أنها لا تشد تركيزك: توقف عنها. لكن أيضاً لا أريدك أن تحمل عنها منذ البداية رأياً خاطئاً. إنها ستجعلك تسقط في النوم في الحال. كل ما أريده منك هو أن تفعل هذه التمارين فحسب. إذا قمت بذلك، فالباقي لا يهم. إفعل كما أقول لك هذا كل ما هناك.

« وفي الجلسة التالية قرر المريض بأن التمارين تزيد من استرخائه. فضلاً عن هذا فان قدرته على التركيز قد ازدادت. كما ذكر للمعالج أن التوتر الذي كان يلقاه في علاقاته الاجتماعية يختفي تماماً عندما يمارس الاسترخاء قبل الدخول في مثل هذه المواقف »[٣].

« والحقيقة أنه أصبح يمارس هذه التمارين أكثر من ثماني مرات يومياً.. وأصبح قادراً على ضبط نفسه والاسترخاء العميق والسريع في كل مرة »[٣].

« لقد كان هدفي من كل هذا أن أجعل حياته أكثر يسراً وإرضاء له. إنه طفل في ثياب شاب، أفسدته التربية بحيث أن أي احباط يمكن أن يواجهه في الحياة يبعث فيه التوتر والانحصار. لقد كنت بهذا الاسلوب، وبهذه التمرينات التي علمتها له أهدف إلى أن أحوله لإنسان أهدأ، مما يجعله أكثر قدرة على التحمل والمسؤولية، وبالتالي أكثر قدرة على تذوق مشاعر هذه الاشياء. إن الانسان القادر على ممارسة الحرية الانفعالية - كما أوضحت لهذا المريض - لا يجد صعوبة في النوم، ولا يصيبه الارق. ويشعر بالتحسن يوماً بعد يوم »[٣].

« وقد جاء المريض بعد ذلك بفترة يقول لي »[3]:

....

« صحيح .. فكر معي في كل هذا. إن بي كل جوانب النقص الموجودة في أي كائن بشري. فما أنا إلا مجرد شاب من أسرة ثرية. إنك تقول إنني ذكي، لكن هذا هو كل ما يمكن أن يقال عني. إنني في الحقيقة لم أفعل شيئاً واحداً في حياتي يشعرني بالاهمية »[3].

« كان ذلك قبل أن ينقطع المريض عن العلاج، وقبل أن أسمع منه بعد ذلك أنه قام بقضاء إحدى اجازاته الصيفية على زراعة أشجار المطاط في إحدى غابات أفريقيا، وفي خلال إجازة صيفية أخرى كممارس لرياضة صيد النمور في الهند »[3].

ومن الواضح أن منهج « سالتر » في الحالة السابقة قام على أساس تدريب المريض في البداية على الاسترخاء (كشكل من أشكال قوة التحكم في الذات) ومن هذا التدريب بدأ الشاب يتمكن تدريجياً وبسرعة من التلقائية، والمبادأة في المواقف الاجتماعية. وقد تلت هذه الخطة، محاولة لتدريبه على تأكيد ذاته، وربما يفسر هذا ما قرره الشاب بعد ذلك من أنه أصبح قادراً على النجاح الاجتماعي، واكتساب مشاعر جديدة بحب الناس له.

وربما تثير الخطة الحازمة القاسية التي بدأ بها المعالج بعض الجدل، لكن يجب أن نلاحظ في الحقيقة أن المعالج وهو يدرب المريض على الاسترخاء **كان يرسم أمامه نموذجاً لشخصية ناجحة وقادرة على تأكيد ذاتها واحترامها لنفسها**. وفي هذا الصدد يذكر بعض الكتاب أن على المعالج أن يستخدم بعض الاساليب اللفظية لتدريب عملائه على تأكيد الذات وذلك كالتعبير اللفظي التلقائي عن المشاعر، وأن يعودهم على تعمد استخدام كلمات يكثر فيها ضمير المتكلم، مثل « أنا أرى » أو « أنا أعتقد ».. إلخ أو الارتجال والتلقائية بدلاً من التخطيط البعيد للمستقبل.

***

المعنى الحديث لتأكيد الذات

يعرف مفهوم تأكيد الذات بأنه قدرة على التعبير الملائم عن أي انفعال نحو المواقف والاشخاص فيما عدا التعبير عن انفعال القلق. إننا بسبب مخاوفنا، وعجزنا عن التعبير عن مشاعرنا في مواقف الاتصال بالناس نقمع رغبتنا في الشكوى من تصرف سخيف، أو نكتم معارضتنا عند الاختلاف مع الناس والاصدقاء، أو نرغم أنفسنا على البقاء في جماعة مملة، أو حتى لا نعبر عن حبنا، واستمتاعنا بالاشخاص أو بأشياء جميلة.

إن مفهوم تأكيد الذات بهذا المعنى يماثل تماماً مفهوم الشخصية الاستثارية الفعالة عند سالتر، لكن المفهوم الحديث أكثر تخصصاً. فحتى القلق - وهو جوهر العصاب - لا يخلو من الاستثارة بالشكل الذي يشير إليه سالتر، بينما يهدف أسلوب تأكيد الذات إلى قمع القلق وكفه أساساً.

ومن الواضح أن التصور الحديث لتأكيد الذات قائم على نظرية مختلفة في العصاب مؤداها - كما أشرنا قبلاً - أن القلق استجابة متعلمة غير تكيفية لمواقف أو منبهات محايدة (أي ليس فيها ما يؤدي إلى مشاعر الخوف أو الصراع)، وأنه بهذا المعنى يشكل عنصراً رئيسياً من عناصر السلوك العصابي. ويقوم التخلص من القلق على أساس تعريض الكائن وتعليمه عدداً من الاستجابات المعارضة للقلق أثناء تعرضه لمواقف الخوف والصراع، بحيث يختفي القلق والخوف تماماً نتيجة لتأثير الاستجابات المتعلمة الجديدة، وتأكيد الذات وحرية التعبير الانفعالي هو أسلوب من الاساليب التي تتعارض مع القلق وتنفيه.

لماذا تعتبر استجابات تأكيد الذات معارضة للقلق؟

خذ على سبيل المثال هذا الموقف: (أ) شخص رقيق، ولطيف المعشر، يصفه زملاؤه بأنه انسان طيب وودود. لكن (أ) يصف نفسه بأنه دائم القلق عندما يكون بين زملائه. فهو يشعر بأنه إذا أبدى رأيه في مشكلة داخلية أو عبّر عن مشاعره في مشادة واضحة فسيخسر أحد زميليه. إنه يجد أن رغبته في أن يكون محبوباً من جميع أصدقائه تمنعه بالتدريج من الافصاح عن أي مشاعر حقيقية، وتمنعه كذلك من الدفاع عن نفسه في موقف صراع مع « ب »، « جـ » من الزملاء. إنهم يتصرفون نحوه بعدم اكتراث واهمال.. مما يقلل من احترامه لذاته، ويتهمونه بأنه انسان بارد، ضعيف الشخصية. لا يدري « أ » ماذا يقول، ويعود إلى منزله، فلا يستطيع النوم ويمتلىء ذهنه بالتوتر. تتكرر هذه التصرفات مع « أ » إلى أن يصبح منعزلاً، عاجزاً تتملكه مشاعر قوية بالاكتئاب والمخاوف، خاصة عندما يتطلب الموقف تعاملاً مع الآخرين.

يذهب « أ » للمعالج النفسي، فيرى المعالج أن خوف « أ » من التعبير عن مشاعره مع الآخرين خوف أجوف. ولا مبرر له على الاطلاق، لكن من المؤسف أن هذا الخوف هو ما يتملكه، ويجعله تحت رحمة الآخرين، عاجزاً عن التعبير عن شعوره بالاحتقار أو الغضب في المواقف التي تتطلب هذا. وقد يوضح له أيضاً أن خوفه من التعبير عن غضبه، يدفعه للانسحاب من المواقف الاجتماعية التي تتطلب منه الصمود. لكن هذا الانسحاب لا يخفف من مشاعر القلق والاكتئاب التي تتملكه نتيجة لتلك الإحباطات المختلفة، بل على العكس

إن قمع هذا التعبير يزيد من حدة هذا القلق والمخاوف. ويوضح له أن الأمر قد يبدو صعباً في البداية، لأن استجاباته الانسحابية السابقة تكونت بفعل عملية تعلم طويلة المدى ربما ترجع إلى طفولة «أ»، لكن مع هذا فإن عليه أن يعود نفسه تدريجياً على ذلك، وأنه من خلال الممارسة سيصبح الأمر أكثر سهولة ويسراً.

وبالتدريج يستطيع «أ» أن يتصرف بحرية أكثر مؤكداً ذاته، ومعبراً عن انفعالاته الحقيقية: غضبه أو احتقاره، أو عدوانه. إنه لا يستطيع أن يوقف هؤلاء الذين يهددون طمأنينته وحريته في المواقف المختلفة بايقاف عدوانهم بعدوان مماثل، لكنه أيضاً يجد لدهشته أن كثيراً من مشاعر القلق السابقة تختفي، وأن اكتئابه أيضاً يتناقص إلى حد بعيد. إن ثقته بنفسه الآن جعلته قادراً لا على التعبير عن عدوانه فحسب، بل وأيضاً عن تأييده للاشياء الايجابية التي تصدر منهم. لقد قرر زملاؤه أنه انسان محبوب ومحترم أيضاً.

من هذا المثال التصوري السابق كان «أ» يعيش تحت نظام شديد من المحظورات جعلته يفتقد تماماً حرية التعبير بما يناسب المواقف المختلفة. والانسان العادي يستطيع أيضاً أن يشكل سلوكه على حساب المواقف المختلفة، وبالتالي يشكل قدراته على التعبير والحرية. وفي كل مرة ينجح فيها تزداد ثقته بنفسه وقدرته على الضبط الذاتي وبالتالي يخف قلقه في المواقف المختلفة. وهذا ما حدث بالنسبة لـ «أ» إن تدريبه على الاستجابة الانفعالية الملائمة، وتأكيد الذات قضيا على عاداته العصابية في المواقف الاجتماعية المختلفة. إن تأكيد الذات هنا يلعب نفس الدور الذي يلعبه الاسترخاء والتطمين من حيث أنها جميعاً (كاستجابات تؤدي إلى كف القلق المستثار) تؤدي إلى تكوين عادات معارضة لعادات الخوف والقلق.

إن المريض النفسي الذي اعتاد على تقييد مشاعره بالرفض أو الاحتقار في المواقف التي تتطلب ذلك، يعمل بهذا التقييد على زيادة نزعاته العصابية واستجاباته غير التكيفية (القلق)، ولا يخفف منها. وعندما يوضح المعالج بطريقة بسيطة الحاجة لتأكيد الذات، وبالتالي خلق عملية معارضة من شأنها ايقاف استجابات القلق، فانه يصطاد في الحقيقة عصفورين بحجر واحد: يخلق أنماطاً جديدة من السلوك البناء، ويوقف نمطاً قديماً من المحظورات والعادات غير التكيفية.

قياس القدرة على تأكيد الذات:

من حسن الحظ أن المعالج النفسي السلوكي لا يجد مشكلة تذكر في تقدير مستوى مريضه من حيث قدرته على تأكيد الذات، أو على أقل تقدير فان المشكلات التي يواجهها هنا أقل مما يواجهه في الانماط المرضية الأخرى. فمن ناحية نجد أن المريض نفسه على

دراية واضحة بضعفه في جانب معين، وربما يكون دافعه الاساسي لطلب العلاج هو مثلاً عجزه عن المطالبة بحقوقه، أو التعبير عن نفسه في المواقف التي تتطلب علاقة بالسلطة أو الجنس الآخر، أو عجزه عن الحديث في موقف يتطلب ذلك، ويشعر بالاسى والاسف بعد ذلك لأنه ترك الفرصة تمر دون اقتناصها.. إلخ.

لكن لب المشكلة لا يكمن في اكتشاف العجز أو عدم العجز في التعبير عن الذات والثقة، بمقدار ما يكمن في تحديد أنماط وأنواع المواقف الاجتماعية المختلفة التي يعجز فيها المريض عن هذا التعبير. وهنا أيضاً نجد لحسن الحظ أن هناك عدداً من اختبارات الشخصية التي تساعد من ناحية على تقدير مستوى الشخص من حيث القدرة على تأكيد الذات، كما تساعد من ناحية أخرى على تحديد المجالات المختلفة التي يظهر فيها عجز عن ذلك دون المجالات الأخرى. والاستبيان التالي أعد خصيصاً للكشف عن مجالات العجز عن الثقة وتأكيد الذات. سنلاحظ أن بعض الاشخاص قد لا يجد مشكلة مثلاً من الشكوى من خدمة سيئة في مكان حكومي أو عام، أو الشكوى من صديق، أو الزوجة (أو الزوج) لكنه يجد مشكلة حقيقية في تأكيد ذاته في المواقف الشخصية الحميمة كالاحتجاج على الوالدين، أو أخطاء شخص في موقع سلطة.. إلخ. وهذا الاستخبار في جزء من أجزائه يهدف إلى التحديد النوعي لهذه المجالات، حاول أن تجيب على عباراته بـ(نعم) أو بـ(لا)، ثم ناقش بينك وبين نفسك كل سؤال بالتفصيل محاولاً أن تحدد مواطن الضعف في التعبير عن مشاعرك في جوانب الحياة الاجتماعية المختلفة:

١ - هل تحتج بصوت عال إذا دفعك شخص معين لكي يتقدمك في صف أو طابور؟
٢ - هل تجد صعوبة في تأنيب مساعد أو شخص أقل منك منزلة؟
٣ - هل تتجنب الشكوى من خدمة سيئة في مطعم أو مكان عام؟
٤ - أنت من النوع الذي يعتذر بكثرة؟
٥ - هل تتردد في ارجاع شيء اشتريته (قميص أو ثوب) لنفس المحل بعد أيام من شرائه بسبب عيب معين؟
٦ - عندما ينتقدك صديق دون وجه حق هل تعبر عن ضيقك ومشاعرك بين الحين والآخر؟
٧ - هل يتجنب الاشخاص المحبين للتسلط والسيطرة؟
٨ - إذا وصلت إلى اجتماع متأخراً هل تفضل الوقوف عن الجلوس في كرسي من الصفوف الأمامية؟
٩ - هل تستطيع أن تعارض شخصاً مسيطراً؟

١٠ - إذا وجدت سيارة في المكان المفروض أن تضع فيها سيارتك فهل تبحث عن مكان آخر بدلاً من أن تستفسر أو تحتج؟
١١ - هل تجد صعوبة في رفض سلعة أو بضاعة يعرضها عليك بائع لحوح؟
١٢ - هل تعبر عما تشعر به؟
١٣ - إذا سمعت بأن أحد الاصدقاء يشيع عنك أخباراً دعائية مسيئة هل تتردد في ايقافه عن ذلك؟
١٤ - هل من الصعب عليك أن تتقدم بالتماس لطلب معونة مادية لشيء مهم؟
١٥ - هل تحتفظ في الغالب بآرائك لنفسك؟
١٦ - هل تجد صعوبة في بدء مناقشة أو حديث مع شخص غريب عنك؟
١٧ - هل تستطيع أن تعبر عن حبك واستلطافك لبعض الاشياء بصورة متفتحة؟
١٨ - إذا شعرت بأن الطعام يقدم لك في المطعم لم يقدم بطريقة ترضيك هل تشكو من « الجرسون »؟
١٩ - هل تتجنب إيذاء مشاعر الآخرين؟
٢٠ - إذا حضرت محاضرة عامة هل ترد على المحاضر إذا شعرت ببعض التناقض في كلامه؟
٢١ - إذا عبر شخص محترم أو كبير السن عن رأي ما ، هل تعبر عن وجهة نظرك حتى ولو كانت معارضة؟
٢٢ - هل تحافظ أحياناً على هدوئك بحثاً « عن السلام »؟
٢٣ - إذا طلب منك صديق طلباً غير معقول هل ترفض ذلك ببساطة؟
٢٤ - إذا حدث أنك اكتشفت بأن باقي النقود التي أعطيت لك في مكان تجاري ناقصة هل تعود من جديد لتوضيح ذلك؟
٢٥ - إذا منعك البوليس من الدخول لمكان هو في الحقيقة من حقك هل تحتج؟
٢٦ - إذا ضايقك قريب (أب أو أخ) تحترمه هل تخبىء مشاعرك بدلاً من الكشف عن ضيقك الحقيقي؟
٢٧ - هل يظهر غضبك أكثر مع أفراد من نفس جنسك أكثر مما يظهر مع أفراد من الجنس الآخر؟
٢٨ - هل تجد صعوبة في مدح أو تقريظ الآخرين؟
٢٩ - هل لديك أشخاص موثوق فيهم تستطيع أن تناقش معهم مشاعرك الحقيقية؟
٣٠ - هل تعجب بالاشخاص الذين يحتفظون بقدرتهم على المقاومة مهما حاول الآخرون

تخطيئهم؟*.

والآن بعد أن عرفنا معنى تأكيد الذات، والمجالات المختلفة التي تشعر فيها بالافتقار لذلك، تبدأ مرحلة **تعديل السلوك** باستخدام عدد من الأساليب[5] تثبت البحوث والخبرة فاعليتها إلى حد بعيد، وفيما يلي شرح لبعضها:

أ - **أساليب لفظية**:

هذه الاساليب من شأنها أن تعلم المريض أن يزيد من حريته الانفعالية وقدرته على تأكيد الذات. ومن أهم الاساليب فعالية في هذا الصدد تعويد المريض وتشجيعه على التعبير المتعمد عن انفعالاته بطريقة تلقائية. ويطلق على هذا الاسلوب اسم «تنطيق المشاعر» Feelings talk، أي تحويل المشاعر والانفعالات الداخلية إلى كلمات صريحة منطوقة وبطريقة تلقائية. وبالطبع يجب أن يكون ذلك في حالات الانفعالات المختلفة سواء كانت تتعلق بابداء الحب أو الرغبة (إنني أحب هذا الشيء، إنه يوم جميل)، أو عدم الرغبة (انني لا أحب هذا الرجل وكل ما يدعو إليه)، أو المدح (انك تبدو أنيقاً اليوم، إن الكلمة التي قلتها ذكية بحق)، أو التوقع (إنني أتطلع للقائك، والحديث معك فيما بعد) أو الدهشة (إنه يوم الخميس ستكون الإجازة غداً لا أصدق)، أو النقد الذاتي (ما أحمقني إذ أفعل هذا) أو الأسف (إنني أشعر بالأسى، لأنني سأترك هذا المكان)، أو التصميم (سأظل هكذا مستمراً إلى أن أكسب في النهاية)، أو التشكك (هل تعتقد أنني أصدق ما تقوله؟) أو حب الاستطلاع (إنني سأحلم بما سيحدث في المرة القادمة)، أو الشعور بالخلاص (حمداً لله إنه يوم الخميس لم أصدق أنه سيأتي؟»، أو الشعور بعدم الراحة (إن قدمي تتعبانني)... إلخ.

بعبارة أخرى فان تنطيق المشاعر والحديث عنها بصوت عال يجب أن يشمل كل التنوعات الانفعالية المختلفة، والقاعدة الذهبية في ذلك هي **الصدق والامانة** مع الشكل الانفعالي السائد والشعور المسيطر على الشخص.

أما الاسلوب الثاني **فهو المعارضة والهجوم**. فعندما تختلف في الرأي مع أحد الاشخاص لا تبد عكس ما تبطن أي لا تبد الموافقة. أظهر مشاعرك بدلاً من هذا، وأبد

* التعبير عن الثقة وتأكيد الذات يظهر في الاجابة بـ «نعم» على العبارات: ١، ٦، ٩، ١٢، ١٧، ١٨، ٢٠، ٢١، ٢٣، ٢٤، ٢٥، ٢٩، ٣٠، والاجابة بـ «لا» على ما عدا ذلك من عبارات. بالرغم من أن درجتك الكلية تكشف عن تأكيد الذات، فإن من المهم أكثر هو تحديد المجالات التي تشعر فيها بعدم الثقة أو العجز.. فهي مدعاة للاهتمام مهما قلت[4].

معارضتك في شكل واضح. قد تكون معارضتك في البداية انفعالية ولا تقوم على أساس منطقي لا بأس. إن هدفك هو الحرية الانفعالية وليس كتابة بحث لمجلة علمية محترمة.

كذلك الاستخدام **المتعمد لكلمة «أنا»**. استخدم أنا في بداية التدريب على تأكيد الذات بأكبر قدر ممكن أو «انني أرى... في اعتقادي.. سمعت... إلخ» كل هذه العبارات ضرورية. قد يتهمك البعض بأنك واثق من نفسك أو مغرور. مرة أخرى لا بأس انك ستستطيع في النهاية أن تضبط كل ذلك. تذكر أيضاً أن من يتهمونك بهذا قد يتهمونك بأنك شخص ضعيف ولا رأي لك إذا كنت عكس ذلك.

ومن الاساليب الملائمة أيضاً **التعبير عن الموافقة عندما تمتدح**، لا تتحرج عندما يمتدح بعض الأشخاص آراءك أو زيك أو شخصيتك بل على العكس أظهر موافقتك على ذلك إنك ستدعم لديهم البحث عن الإيجابيات فيك. وبالتالي ستتلقى عائداً إيجابياً من المجتمع. إنك تحول كل من حولك إلى مجتمع علاجي لك يدعم عاداتك الصحية الجديدة، ويدعم الاستجابات الفعالة التي لا تزال في بداياتها.

ب - تدريبات المهارات الاجتماعية:

ويستخدم المعالجون النفسيون السلوكيون عدداً من الاساليب التي من شأنها أن تزيد من قدرات الشخص على التحكم في المواقف الاجتماعية، ومن أهم هذه الاساليب لعب الادوار Role – Playing. فكما عرضنا لحالة السيد (أ) في صدر هذا الفصل يطلب المعالج من المريض أن يعيد تمثيل المشكلة التي حدثت له (لقاء شخصي مع رئيس أو مدير العمل)، بينما يمثل المعالج دور الشخص أو الاشخاص الآخرين فالمطلوب تكوين عادات تكيفية جديدة نحوهم. وبالطبع قد يعكس المعالج تمثيل الادوار بحيث يستطيع من خلال ذلك أن يبين للمريض نمطاً جديداً من الاستجابات الملائمة التي يمكن تعلمها بطريق الاقتداء أو المحاكاة ويلقى بعض المرضى صعوبة في تمثيل تلك الادوار، لكن على المعالج أن يقوم بكل جهده باقناع المريض بذلك. ولأن المعالج يمثل أحياناً قدوة في حياة المريض، فانه يمكن أن يقوم هو نفسه بأداء الادوار بطريقة ملائمة تيسر على مرضاه محاكاتها واعادتها بطريقة ملائمة.

جـ - التدريب على أحدث استجابات بدنية ملائمة:

في تدريب القدرة على تأكيد الذات والحرية الانفعالية من الضروري أن تكون الاستجابات البدنية ملائمة. ويوجه المعالجون النفسيون في الوقت الراهن جزءاً من اهتماماتهم إلى تدريب التعبيرات الوجهية، وأساليب الحركة والكلام والمشي كجزء من العلاج النفسي. ومن المهم على أية حال التنبه إلى عدد من هذه الاستجابات مثل: نبرة

الصوت، إذ يجب على الصوت أن يكون قاطعاً، عالياً، واثقاً، كذلك **التقاء العيون** مباشرة بالشخص أو الاشخاص الذين نتحدث معهم، كذلك **تشكيل الجسم وحركاته** فاستخدام عدد كبير من الاشارات باليد والذراع تساعد الشخص على التحرر من قيود التعبير. ومن المهم أن تكون **تعبيرات الوجه** ملائمة للمشاعر ولمحتوى الكلام. لا تبتسم وأنت توجه نقداً لشخص ما، أو وأنت تريد أن تعبر عن الغضب. كذلك لا تصلب وجهك، ولا تجعل له تعبيرات العداوة، وأنت تحاول أن تعبر عن حبك واعزازك لشخص معين. اكشف باختصار مشاعرك الداخلية مع إزالة القناع الظاهري. اجعلهما متطابقين[٦].

بقيت كلمة أخيرة: قد يتساءل البعض ماذا لو أن حرية التعبير الانفعالي تؤدي إلى خسارة عمل أو خسارة شخص، أو خسارة مادية.. أو ماذا لو عبرنا عن مشاعرنا مع رئيس قد لا يقبل هذا فيحول حياتنا إلى خيبة ونكد.

لا ينبغي في الحقيقة أن نقلل من بعض النتائج السلبية التي قد يحدثها هذا الشكل من السلوك، لكن بالرغم من ضرورة الوعي بهذا الجانب السلبي، فإننا يجب أن نعي بأن الحياة تضعنا أحياناً في اختيار محرج ودقيق هو: الاختيار بين طريق الصحة النفسية أو حب الآخرين. هنا لا يبقى إلا الشخص نفسه يقرر كيف يكون الاختيار.. ومع ذلك، فان أولئك الذين يرفضون المضي في طريق الصحة قلما يصلون إليها.. فعليهم إذاً يقع الاختيار، وعليهم تقع مسئوليات هذا الاختيار!.

خلاصة

تفرط الحياة الحديثة - بناء على مفاهيم تربوية وأخلاقية خاطئة - في ضرورة أن يقمع الانسان التعبير عن انفعالاته، ومشاعره نحو الاشخاص أو المواقف التي يواجهها، وصحيح أن حياة الانسان في المجتمع تتطلب ضرورة كفه لبعض التصرفات، لكن الافراط في ذلك يؤدي إلى كف قدراتنا الايجابية عن التعبير الملائم عن مشاعرنا، مما يحول الشخصية إلى شخصية مكفوفة، ومنسحبة ومقيدة وحبيسة لانفعالات وعادات لا تترك إلا نطاقاً ضيقاً للصحة النفسية والسعادة الخاصة. ويشير مفهوما تأكيد الذات وحرية التعبير الانفعالي إلى ضرورة أن يعبر الإنسان عن مشاعره بصدق وأمانة في المواقف المختلفة ومع الأشخاص المختلفين، فيما عدا التعبير عن القلق والاضطراب. ويبين البحث النفسي أن الخوف من تأكيد الذات والعجز الانفعالي الملائم يعتبران سببين رئيسيين من أسباب القلق، والصراع، والاضطرابات النفسية، ونتيجة لها في نفس الوقت. وتشمل حرية التعبير عن المشاعر ضرورة التعبير عن كل المشاعر الإيجابية (الحب والمودة) والسلبية (الغضب) بما يلائم الموقف

أو المنبهات. وقمع التعبير عن المشاعر يعمل على زيادة النزعات العصابية، ولا يخفف منها. ويؤدي النجاح في تنمية القدرة على حرية التعبير الانفعالي وتأكيد الذات إلى تخفيض القلق والاكتئاب، وإقامة علاقات اجتماعية ناجحة. وفي كل مرة ينجح فيها الإنسان في ذلك تزداد ثقته بنفسه وقدرته على الضبط الذاتي. ويطور المعالجون النفسيون عدداً من الأساليب والطرق التي تساعد الأشخاص على ذلك، منها التشجيع على التعبير المتعمد عن الانفعالات والمشاعر بكلمات صريحة مسموعة، وبطريقة تلقائية، وتقبل المدح، والثقة في أداء الأدوار، وتدريب المهارات الاجتماعية، وإحداث استجابات بديلة ملائمة للتعبير الشعوري... إلخ[٧].

مراجع وتعليقات

١ - الحالة التي يبدأ بها هذا الفصل وردت في:

Wolpe, J. & Lazarus. **Behavior therapy techniques.** London: Pergamon Press, 1966, pp. 48 – 50.

٢ - Pavlov, I. P. **Conditioned reflexes.** Translated by G. V. Anrep, New York: Liverigth, 1927.

٣ - للاطلاع على نظرية « سالتر » Salter في العلاج وقدرته على توظيف نظريات بافلوف في العلاج النفسي. أنظر كتابه الشيق:

Salter, A. **Conditioned reflex therapy.** New York: Creative Age Press, 1949, New York: Capricorn Books – Putnams' Sons, 1961.

وانظر نموذجاً لمنهجه في العلاج حالة الشاب الممل - والمعالج الحازم الواردة في هذا الفصل.

٤ - مقياس تأكيد الذات الوارد في هذا الفصل من إعداد « ويلوبي » ويستخدم بكثرة في العلاج السلوكي.. ولو أن هناك مقاييس متعددة لهذا الجانب أنظر:

Willoubghy, R. R. Norms for the Clark – Thurstone Inventory, **Journal of Social Psychology,** 1934, S. 91.

٥ - ايزنك، الحقيقة والوهم في علم النفس، مرجع سبق ذكره.

٦ - بالرغم من جوانب التقدم في تدريب المهارات الاجتماعية وتأكيد الذات فان هناك محاولات مماثلة تمت في الاربعينات. فقد اهتم « هرزبرج » وهو طبيب ألماني بمنهج في العلاج النفسي أطلق اسم العلاج الايجابي. وجعله عنواناً لكتابه الرئيسي في هذا الموضوع سنة ١٩٤٥. ومن بين ما لاحظه هرزبرج أن كثيراً من المرضى النفسيين يعتقدون خطأ أن عليهم نتيجة لمتاعبهم النفسية ومشكلاتهم أن يبالغوا في حماية أنفسهم، وتحويطها بالرعاية وأن يعزفوا عن العمل أو أي نشاط اجتماعي أو رياضي بحجة هذا التعب. وكل هذه التحوطات في رأي « هرزبرج » تعتبر خاطئة من وجهة نظر الصحة النفسية، ولا تساعد على التخفف من المرض النفسي، بل انها على العكس تزيد من حدة الاعراض المرضية وتزيد من قوتها. ومن الطريف أنه يقترح عدداً من الطرق لعلاج المرضى تعتبر دون شك بمثابة إرهاص ذكي بالتطورات الحديثة في العلاج النفسي - السلوكي المعاصر. فهو مثلاً يقترح أن يكون هدف المعالج هو ازالة مخاوف مرضاه من النشاط والجهد بمضاعفة النشاط والجهد. ومن رأيه أن نجاح المرضى في تبني هذه السياسة سيساعد على كذلك أن يكلف مرضاه بواجبات منزلية تتلاءم مع قدراتهم الذهنية والبدنية والخلقية ولكنها تختلف اختلافاً جذرياً مع بناء الشخصية والتعود المرضي. فعلى سبيل المثال كان يكلف المرضى الذين يلمس فيهم تقاعساً بدنياً - دون أسباب عضوية - بممارسة الألعاب الرياضية. أما المرضى الذين يتميزون بالخجل فقد كان يكلفهم بمقابلة الناس ومبادرتهم بالحديث والمرضى الذين يفتقدون الثقة بالنفس كان يكلفهم بأداء أعمال مثل رفع الصوت في الحديث، أو رفض نوع من الطعام في مطعم، أو المساومة على ثمن شيء مع الباعة... إلخ وبالطبع لم يكن يعطي هذه الأوامر بشكل تسلطي أو ضاغط بقدر ما كان يعرضها على المريض على أنها هدف من أهداف العلاج والتخلص من المشكلة. أنظر:

Schwitzgebel, R. & Kolb, D. Changing Human's Behavior. 1974.

٧ - تجدر الإشارة إلى أن أساليب تأكيد الذات تستخدم في علاج حالات الوسوسة أيضاً.. فقد أمكن « لواينر » Weiner سنة (١٩٧٦) أن يقوم بعلاج حالة شاب في الخامسة عشرة من العمر، خجول، ويعاني من اضطرابات حوازية تمثلت في أفعال قهرية متعددة عن الاغتسال، أو القراءة، وارتداء الملابس، فضلاً عن الوسوسة في تنظيم الاشياء وترتيبها. وقد تطلبت العملية الملاجية لهذا الشاب خطة لاستبدال هذه الطقوس بطقوس جديدة مماثلة ذات زمن محدد ومن شأنها التدخل في النشاط اليومي. ولكن بدرجة أقل من الطقوس والوساوس الاصلية. فعلى سبيل المثال، كان من بين الطقوس القهرية التي عانى منها هذا الشاب التأكد الوسواسي المستمر من أن دولاب حجرته في المدينة الجامعية مغلق بإحكام لهذا كان يعود بعد أن يخرج من حجرته ويمشي لمسافات طويلة يعود للتأكد من ذلك.. وكان أحياناً بعد أن يصل لحجرة الدراسة يتذكر بأنه يجب عليه التأكد من أن حجرته ودولابه مغلقان. طلب المعالج من الشاب بأن يضع حجة منطقية لهذا الاجراء الوسواسي « الخوف من سرقة ملابسه وحاجياته الخاصة مثلاً »، ثم طلب منه بعد ذلك أن يحدد الاجراءات الضرورية لتحقيق هذا الهدف. وبناءً على هذا طلب منه المعالج أن يقفل الدولاب وأن يعود للتأكد من ذلك بعد غلقه مباشرة لمرة واحدة، ثم يعود خطوة للوراء، ويقول لنفسه وقد وضع يديه في جيبه وبصوت عال: « الآن لقد تأكدت من أن الدولاب مغلق وأنني متأكد وواثق من ذلك، ومتأكد من أن كل شيء بداخله سليم، إنه لا يوجد بالمرة أي سبب منطقي يدعوني للتأكد من ذلك مرة أخرى، وما علي الآن إلا أن أخرج لكي الحق بمحاضراتي ».

ومن الغريب أن سلوك الشاب قد تحسن تحسناً ملحوظاً في هذا الاتجاه، بسبب أنه استبدل طقوسه القهرية بطقوس قهرية أخرى ولكن تقل عنها جهداً ومضيعة للوقت. وفي تعليق « واينر » على أسباب النجاح رأى أن سبب النجاح هو القيام بالافعال وأدائها بدلاً من التفكير فيها. فالقيام بالعمل والفعل منعا ذهن المريض من التجول في احتمالات كانت تضع سلوكه قبل ذلك تحت سلطان وساوسه. ومثل هذا التفسير قريب فيما هو واضح من التدريبات الحديثة على أساليب تأكيد الذات. لتفاصيل هذه الحالة أنظر:

Schwitzgebel & Kolb, op. cit, 1974.

٦

قوة التدعيم

من الاشياء التي تؤيدها المشاهدة العادية، فضلاً عن العلم، حقيقة بسيطة تحكم حياتنا إلى حد بعيد، وتلك هي أن ما يعود علينا من نتائج بعد أن نتصرف أو نسلك بطريقة معينة يؤثر بطريقة مباشرة في هذا التصرف أو هذه الطريقة من السلوك. فإذا كان النتاج أو العائد جيلاً فأغلب الظن أننا سنكرر هذا التصرف بعد ذلك كثيراً، أما إذا كان رد الفعل سلبياً فأغلب الظن أننا سنفكر مرات ومرات قبل أن نكرر هذا السلوك من جديد. ماذا لو أنك طرحت فكرة معينة، فوجدت أنها تلقى هوى من زملائك أو رفاقك، أغلب الظن أن حماسك سيزداد بعد ذلك لطرح كثير من الافكار الجيدة. وماذا لو أن شخصاً أخذ يتابع امرأة غريبة عنه في الشارع محاولاً مضايقتها، فإذا برجل بوليس يتصدى له مهدداً إياه بالحبس أو الغرامة إن تكرر منه هذا السلوك.. على الارجح أن هذا الشخص - إن كان عاقلاً - لن يعود إلى هذا الفعل من جديد. بعبارة أخرى، فان العائد أو الآثار التي تحدثها استجاباتنا في البيئة تغير وتعدل في سلوكنا بعد ذلك. إن الكائن الحي ببساطة لا يتوقف في وقت من الاوقات عن ابداء استجابة أو سلوك معين فهو يضحك أو يبكي، يبتسم أو يكشر، يحتد، ويغضب، ويبكي، ويبتعد أو يقترب من الآخرين، يتحدث، أو يصمت، يخاف، أو يهدأ، يثور أو يقمع نفسه.. إلخ وهو في كل ذلك يرغب في تغيير البيئة المحيطة به لتحقيق هدف أو رغبة معينة. وبعض جوانب من سلوكه هذا يؤدي إلى التغيرات المرغوبة وبعضها لا يؤدي. وإذا حدثت الآثار المرغوبة نقول بأن السلوك الذي أدى إليها قد أثيب وكوفيء، وبالتالي نجد أنه يزداد شيوعاً في تصرفات هذا الشخص بعد ذلك. أما إذا لم يؤد سلوك معين إلى آثار مرغوبة أو أدى إلى عكس ذلك أي إلى استهجان (كما في حالة جريمة قتل أو زنى أو سلوك انفعالي أو جنس طائش)، فاننا نقول بأن هذا السلوك قد عوقب وبالتالي من المتوقع أن يتضاءل أو يتوقف ظهوره بعد ذلك.

فالانسان إذاً يعيش في عائد اجتماعي مستمر: يتصرف بطريقة معينة، فترد عليه البيئة

بشكل من أشكال الاثابة أو العقاب كعائد لتصرفات الكائن الاصلية. وهذا العائد (أو المردود) يسهم بدوره في تشكيل الاستجابات التالية للكائن (أي بالتشجيع على زيادة الطيب منها، والتقليل من السيء).

ويجعل « سكينر » من هذه الحقيقة موضوعاً لنظريته في السلوك، فيطلق على جوانب السلوك التي تتدعم من البيئة مفهوم السلوك الفعال Operant Behavior، قاصداً الاشارة إلى نمط من الاستجابات يترك آثاراً فعالة على البيئة لتوليد نتائج أو آثار معينة، وبالتالي يتدعم أو ينطفىء بمقدار استجابات البيئة (أي العائد البيئي). ويطلق « سكينر » على العملية التي بمقتضاها يتدعم نمط من الاستجابات بهذه الطريقة اسم **التشريط الفعال***.

« إن التعلم الفعال عملية يستطيع الشخص من خلالها أن يتعامل بنجاح مع بيئة جديدة. إن كثيراً من الاشياء التي تتضمنها البيئة كالطعام، والماء، والجنس، والهروب من الخطر ضرورية وأساسية لبقاء الشخص والنوع البشري. وكل سلوك يؤدي إلى التوصل لهذه الاشياء يعتبر ذا قيمة أساسية لتحقيق البقاء. والسلوك الذي له مثل هذه الخاصية يزداد شيوعه من خلال عملية التدعيم الفعال. ولهذا يقال بأن السلوك حصيلة لما يتركه من نتائج أو آثار. ولهذا أيضاً تسمى الآثار التي يحدثها السلوك في البيئة مدعمات. وعلى هذا فان الكائن الذي يشعر بالجوع، تتدعم لديه وتقوى أنماط السلوك التي تؤدي إلى التوصل للطعام. وبالمثل فان السلوك الذي يقلل من خطر واقع لتجنب درجة مرتفعة من الحرارة - يتدعم نتيجة لهذا الدور ويزداد شيوعه في المواقف التالية »[1].

وما نستنتجه من هذا هو أن مبدأ التدعيم يقرر أنه إذا كانت نتائج السلوك ايجابية فالمرجح أن يتكرر هذا السلوك. أما إذا كانت نتائجه سلبية فالغالب أنه لن يتكرر ولن تحدث بالتالي عملية التعلم. ومن المتفق عليه بين علماء النفس السلوكي في الوقت الراهن أن كثيراً من أبعاد حياتنا الاجتماعية، واتجاهاتنا، وفلسفتنا في الحياة يحكمها مبدأ التدعيم. أضف إلى هذا السلوك المرضي أو الشاذ الذي يصدر عمن نسميهم بالمتخلفين عقلياً، أو الفصاميين، أو حتى كما يصدر عن الاطفال العاديين. فالاستجابة للطفل كلما يبكي بحمله وعناقه ستؤدي في غالب الظن إلى أن يصبح البكاء أسلوب حياة مفضلاً لدى هذا الطفل كلما احتاج إلى تحقيق رغبة معينة. والمشكلات المختلفة التي تصدر عن المضطربين كالعدوان والانسحاب، والتهجم والعزوف عن الاتصال، والسباب وغير ذلك من

* وهو يختلف عن التعلم التقليدي كما صاغه بافلوف، والذي يحدث بصورة آلية بسبب الارتباط بين المنبهات الاصلية (ظهور الطعام) والشرطية (صوت الجرس). فالاستجابة لصوت الجرس بافراز اللعاب عند الكلب في تجارب بافلوف يحدث بطريقة آلية انعكاسية.

اضطرابات سلوكية تتدعم على الأرجح نتيجة تدعيم خاطىء* . فكما يدعم المجتمع أشكالاً جيدة من السلوك ، قد يدعم أشكالاً شاذة . ولهذا فعندما يستخدم مبدأ التدعيم بطريقة منظمة يمكن أن يصبح وسيلة علاجية تساعد على مواجهة كثير من المشكلات الإنسانية وتعديلها .

والآن ما هو التدعيم؟

يشير مفهوم التدعيم إلى أي فعل يؤدي إلى زيادة في حدوث استجابة معينة أو تكرارها ، وذلك مثل كلمات المدح والتشجيع أو الاثابة المادية أو المعنوية لنمط معين أو أنماط من الاستجابات الصادرة عن الشخص . وقد يكون التدعيم ايجابياً أو سلبياً .

أما التدعيم الايجابي فيشير إلى أي فعل أو حادثة يرتبط تقديمها للفرد بزيادة في شيوع السلوك المرغوب . فتقديم الطعام ، أو قطعة من الحلوى للطفل عندما يقوم بعمل محبوب يعتبر مدعماً ايجابياً لأنه سيؤدي إلى زيادة في شيوع السلوك « المحبوب » لدى الطفل بعد ذلك . **أما التدعيم السلبي** . فيتمثل في التوقف عن اظهار مدعم كريه أو منفر عند ظهور السلوك المرغوب وهو يؤدي بالمثل إلى زيادة في تكرار السلوك المرغوب . وذلك مثل توقف الطفل عن البكاء (تدعيم سلبي) عندما يحمله والداه (سلوك مرغوب) ، أو توقف المجرب عن توجيه صدمة كهربائية للحيوان (تدعيم سلبي) عندما تظهر منه الاستجابة الملائمة (سلوك مرغوب) . أو التوقف عن اعتقال سجين سياسي (تدعيم سلبي) عندما يعلن عن ولائه للنظام الحاكم (سلوك مرغوب من السلطة) . في كل هذه المواقف نجد أن المدعم (البكاء - الصدمة الكهربائية . . إلخ) يتوقف ظهوره بحيث يؤدي هذا التوقف إلى زيادة في السلوك المرغوب فيه (حمل الطفل ، السلوك المؤدي للهدف) .

والتدعيم السلبي يشبه التدعيم الايجابي من حيث أن كليهما يؤدي إلى زيادة في السلوك المرغوب ، لكنهما يختلفان من حيث أن أحدهما (التدعيم الايجابي) يتضمن اعطاء أو تقديم شيء (مكافأة ، أو تحبيذ) - عند ظهور الاستجابة المرغوبة ، أما التدعيم السلبي فيتضمن حجب وتوقف ظهور مدعم منفر وكريه عند ظهور السلوك المرغوب .

والتدعيم السلبي بهذا المعنى يختلف عن **العقاب Punishment** لأن العقاب يتضمن إظهار منبه مؤلم ومنفر ، أو التوقف عن التدعيم الايجابي عندما يظهر سلوك غير مرغوب .

* في كثير من القرى العربية تعامل الهلاوس الصادرة عن المرضى العقليين (المجاذيب) وضعاف العقول على أنها علامة من علامات الورع ، ويعامل ضعاف العقول أحياناً على أنهم من أولياء الله .

بعبارة أخرى، فان التدعيم السلبي يهدف إلى زيادة شيوع السلوك المرغوب بالتوقف عن التدعيم، أما العقاب فيهدف إلى التقليل من شيوع السلوك غير المرغوب. وكمثال على العقاب عقاب الطفل بالضرب، أو طرد تلميذ من الفصل إثر استجابات اجتماعية غير ملائمة (إثارة الضجيج مثلاً). وهناك ثلاثة أساليب من العقاب من شأنها التقليل من نمط السلوك غير المرغوب هي:

أ - تقديم منبه منفر (الضرب، أو التجاهل) عند ظهور السلوك غير المرغوب.

ب - ابعاد الشخص عن موقف قد يعود إليه بالفائدة أو مدعم سابق مثل طرد التلميذ من الفصل إثر إثارته للضجيج.

جـ - تغريم الاستجابة غير المرغوبة بالانقاص من المدعمات السابقة (ويسمى هذا الاسلوب بتكاليف الاستجابة). وتعتبر الجزاءات المادية التي تفرض على السائقين عند خرق علامات المرور مثالاً طيباً على هذا النوع. وكمثال على هذا أيضاً عندما نأخذ مدعماً كنا قد أعطيناه للطفل (لعبة، أو قطعة من الحلوى) عند ظهور سلوك غير مرغوب.

الاستخدامات العلاجية للتدعيم:

المثال الآتي يوضح استخدام الاساليب السابقة في تغيير سلوك مريض فصامي مزمن ومحجوز إذ ذاك في إحدى مستشفيات الامراض العقلية ولنطلق عليه السيد (س).

« تم تشخيص السيد (س) على أنه مصاب بفصام مصحوب باصابة عضوية في المخ. وتدل كل التقارير التي جمعت عنه إذ ذاك على أنه أخذ يتحول إلى حالة متعذرة، تفسد نظام العمل بالعنبر العلاجي، سواء باثارة المرضى الآخرين، أو ازعاج هيئة العمل بالمستشفى بطلبات غير واقعية لا تنتهي. وبسبب افتقاد المريض لأي دافع مباشر للعلاج تعثرت مع كل محاولات الاصلاح وعزف العاملون عن التعامل معه. وعلى هذا تبلور الهدف العلاجي للمريض في إيجاد طريقة أفضل في تعامل بيئة المستشفى معه، بحيث يمكن بعد ذلك اغراؤه بتكريس أطول فترة ممكنة من وقته وجهده في الاجراءات العلاجية التي كانت تبذل له، وبحيث يتضاءل قلق العاملين عند التعامل معه، وبالتالي يزداد اقبالهم على مساعدته ».

« ولتحقيق ذلك تبلورت الخطوة الأولى في التوصل إلى فهم دقيق ونوعي لأنماط السلوك التي كانت تصدر عن المريض، ولتحديد كيفية استجابة العاملين لها. وعلى هذا أمكن حصر أهم جوانب السلوك الكريهة في حالة مريضنا كما يلي: التبول والتبرز على أرض العنبر، الصياح، السب، ازعاج المرضى الآخرين والعاملين، نداء الاسماء بطريقة

غير لائقة، الالحاح في طلب السجائر من المرضى الآخرين، الالحاح في طلب أشياء منفرة بما في ذلك مثلاً أن يوثق العاملون رباط حذائه.. وهكذا. أما الخطوة الثانية فقد تبلورت في تحديد كيفية استجابة العاملين لهذه الانماط السلوكية البغيضة. وقد ظهر واضحاً أن سلوك السيد (س) غير اللائق كان يستثير اهتمام العاملين والتفاتهم».

«وللتخلص من هذه الانماط السلوكية الكريهة تم التفكير في طريقتين علاجيتين، نوقشتا مع بقية العاملين بالعنبر وهما:

١ - عدم اظهار أي اهتمام اجتماعي أي التجاهل التام، عندما تصدر منه هذه الجوانب السلوكية غير المقبولة.

٢ - إظهار الاهتمام مع اعطائه بعض المدعمات (سجائر مثلاً) عندما يصدر منه سلوك يعتبر مقبولاً من الناحية الاجتماعية. ولتحقيق ذلك تقرر تقديم اثابة مادية ملموسة في كل مرة يمكن فيها للسيد (س) أن يحتفظ بسلوك ملائم لمدة خمس عشرة دقيقة. وكانت هذه الاثابة عبارة عن بطاقة توضع في سجله الخاص، بحيث يجب أن يقدم له فوراً سجارتان لكل بطاقتين. وقد أمكن أيضاً استخدام هذه البطاقات لارشاد العاملين بمقدار التقدم في سلوك (س)، وبالتالي لكي يمكنهم تدعيم أي سلوك ملائم يصدر عنه.

«أما من حيث التغيير في سلوك (س) فقد كان ملحوظاً للغاية. فبعد يومين فقط قرر العاملون بأنه قد تحسن (إلى حد ما) وبعد ستة أيام من تنفيذ البرنامج قرروا بأنه تحسن (بطريقة حاسمة). ومن الطريف أنه في نهاية الأسبوع الثاني عزف المريض عن موضوع البطاقات وقرر أن النقود التي يتلقاها بمناسبة الكريسماس ستمكنه من شراء حاجاته من السجائر. وفي نفس هذا الوقت بدأ العاملون أنفسهم يستجيبون بطريقة «تلقائية» وإيجابية لجوانب السلوك الملائمة، كما استمروا أيضاً في تجاهل جوانب السلوك غير المقبولة. فضلاً عن هذا فقد بدأ السيد (س) يندمج في جوانب أخرى متنوعة من السلوك المقبول من البيئة المحيطة به ولم تكن في الحسبان عند تصميم خطته العلاجية الأولى، وذلك مثل التقرب من العاملين والمرضى، والدخول في مناقشات معقولة مع الزائرين. وهكذا لم يعد من الضروري تقديم السجائر عند ظهور السلوك المقبول للحفاظ على المنجزات التي أحرزها مريضنا».

«لقد تحول السيد (س) في هذه الفترة من شخص آشعث، سباب ومتهجم إلى شخص قادر على إرضاء حاجاته الاجتماعية بطريقة ملائمة، وقادر أيضاً على المساهمة مع العاملين في تنفيذ برنامج علاجه الصحي والنفسي».

يعتبر هدا مثالاً طيباً لاستخدام مبدأ التدعيم وتطبيقه في مجال السلوك المرضي. إن بؤرة سياسة علاج المريض هنا تكمن في المبدأ البسيط لنظرية سكينر: غير البيئة وسيتغير السلوك من خلالها.

دعنا نفترض مثالاً آخر: أم تصحب ابنها ذا العام الثامن للمعالج السلوكي موضحة أنه كان يبدي نمواً لغوياً عادياً إلى أن بدأ يذهب للمدرسة بعد أن بلغ عامه السادس، ومنذ ذلك الحين تدهورت قدرته على الكلام، وأصبح الآن أخرس بالتقريب. وبسبب هذا تأخر نقله من مرحلة دراسية إلى أخرى. لقد أخذته لعدد من الاطباء، لكن الفحص الطبي لم يكشف عن أية أسباب عضوية وراء هذا العجز عن الكلام.

إن المعالج السلوكي بطريقة التدعيم هنا سيقضي في الغالب عدداً من الجلسات مع الأم ومع الطفل محاولاً تبين الظروف التي أحاطت بظهور هذا العرض، وبناءً على هذا الفحص الدقيق يضع برنامجاً من التدعيم الفعال للتغيير من هذا السلوك غير المرغوب. فهو أولاً قد يطلب من الوالدين أن لا يدفعا الطفل بأي شكل من الاشكال، لأن أي ضغط على الطفل في هذا الاتجاه معناه خلق منبهات منفرة مصاحبة للكلام. ثم يطلب ثانياً: أن يرى الطفل في جلسات أسبوعية لمدة نصف ساعة كل مرة. ويكون قبل ذلك قد عرف من الوالدين أنواع الحلوى أو اللعب التي يحبها الطفل، حتى يجعلها متاحة للطفل في العيادة وفق خطة معينة. وهنا يبدأ العلاج.

في الجلسة الأولى قد يكشف المعالج (أو لا يكشف) للطفل ما يريد منه القيام به أو تحقيقه. وسيصحبه في الغالب إلى حجرة مملوءة باللعب الجذابة، تاركاً له حرية اختيار اللعبة التي تشد انتباهه أكثر من غيرها، محاولاً الاشتراك معه في اللعبة إذا سمح له الطفل بذلك. لكن في كل الاحوال سينتبه المعالج إلى أي نشاط صوتي أو أي نشاط يرتبط بالكلام عند الطفل كبعض الاصوات الحلقية، أو حتى مجرد همهمة غير واضحة بالشفاه، وعند ظهور أي شكل من أشكال هذا النشاط يقدم له فوراً قطعة من الحلوى التي يهواها طفلنا الابكم. ويستمر في ذلك عند أي محاولة اقتراب من الكلام باعطاء قطعة اضافية من الحلوى. وبالطبع قد يزيد المعالج من التدعيم فبدلاً من قطعة قد يعطيه قطعتين من الحلوى عند ظهور السلوك المرغوب (النشاط اللفظي). وسيلاحظ المعالج أنه بعد عدد قليل من الجلسات عن هذا النوع، سيبدأ الطفل في نطق بعض الكلمات لمعالجه.

ولأن المعالج يعرف أن السلوك نتاج لما يحدثه من آثار في البيئة، فقد يغير من مدعماته. فقد يمتدح الطفل مثلاً لتقدمه في الكلام ويقترح اعطاءه لعبة صغيرة في كل مرة ينطق فيها كلمة أو جملة. لقد وضع المعالج سياسته على أساس تدعيم السلوك المرغوب، وسيبدأ بعد

ذلك في التوسيع من نطاق التدعيم الاجتماعي. وبناء عليه فقد يطلب من الوالدين بعد هذا أن يستمرا في نفس سياسة التدعيم الفعال. إنه يبين لهما أنهما حتى الآن يقومان خطأ بتدعيم السلوك غير المرغوب بطريقة غير مقصودة. فدفعهما وضغطهما على الطفل للكلام لا يشجعانه على الكلام بمقدار ما يشجعانه على الصمت والانسحاب. إن عليهما منذ الآن أن يتجاهلا تماماً الطفل إذا ما صمت، وأن يبديا كل مظاهر الاهتمام عندما يتحدث أو يبدي أي نشاط قريب من الكلام. وفي هذه المرحلة بالطبع ينتقل المعالج بالعلاج من العيادة إلى البيئة الحقيقية.

أما المرحلة النهائية فهي تبدأ أيضاً في توسيع مجالات التدعيم الاجتماعي. لهذا يطلب المعالج من الوالدين أن يقوما بدعوة الاصدقاء الذين يخلقون جواً من الطمأنينة والامان للطفل، وأن يبعداه في هذه المرحلة عن الزملاء الذين يكثرون من النقد، كذلك يطلب منهما أن يبلغا الاصدقاء بنفس السياسة أي تجاهل الخرس والصمت، وابداء الاهتمام والتشجيع عند أي نشاط متصل بالكلام. ولكي تتسع بالتدريج دائرة التدعيم الاجتماعي قد يلتقي المعالج بالمدرسين والمشرفين على تعليم الطفل موجهاً لهم نفس التعليمات القائمة بشكل عام على إطفاء السلوك غير المرغوب (الخرس) من خلال التجاهل، والتدعيم الفعال للسلوك المرغوب (الكلام) أو النشاط اللفظي من خلال ابداء الاهتمام. إننا قد نلاحظ لفرط دهشتنا أن الطفل الآن قد انطلق لسانه من عقاله وأصبح فيما لا يزيد عن أربعة أو خمسة شهور قادراً على التعبير الطلق الملائم لعمره الزمني.

في هذا المثال التصوري تتركز اجراءات العلاج بطريق التدعيم الفعال، وفي الصفحات التالية سنكشف بالتفصيل عن اجراءات العلاج بالتدعيم، ثم استخداماته في المجالات المختلفة لتعديل السلوك البشري.

* * *

اجراءات العلاج السلوكي بطريق التدعيم وأساليبه

من المهم بادىء ذي بدء أن نبدأ **أولاً**: في التحديد الدقيق لأنواع السلوك التي نريد أن نقوم بتغييرها عن طريق التدعيم الفعال. ويطلق سكينر على هذه المرحلة اسم التشخيص وفيها نقوم كما رأينا في الحالة السابقة للطفل الابكم بجمع بعض المعلومات عن تاريخ الشخص، وعن الظروف التي أحاطت بتوليد السلوك الذي يحتاج للتعديل، كذلك يجب أن نولي اهتمامنا للظروف البيئية الاجتماعية التي يعيش فيها المريض.

أولاً: مرحلة التشخيص:

والاجراءات التي يقوم بها المعالج السلوكي في هذه المرحلة تختلف في أهدافها عما يقوم

بها المحلل النفسي مثلاً. إن المعالج السلوكي يولي اهتمامه هنا لهدفين رئيسيين:

١ - **التحديد النوعي** للسلوك المرضي.. أي ما هو السلوك الذي يتطلب العلاج والتغيير، ويسمى هذا السلوك **المحوري** (عجز عن الكلام، اضطراب فكري، تهتهة، هلاوس، اندفاع انفعالي، انسحاب، عدوان، خوف.. إلخ) بعبارة أخرى فان المعالج في بحثه عن نمط الاستجابات المرضية يهتدي **بالتعريف الشائع للسلوك المرضي على أنه السلوك الذي لا يستريح له الفرد أو يؤدي إلى نتائج سيئة ومؤلمة إما للفرد نفسه أو للآخرين أو لكليهما. وكل سلوك من هذا النوع يستدعي بالطبع التعديل والاهتمام والعلاج**. أما المعالج بطريق التحليل النفسي فهو لا يهتم غالباً بالتحديد الدقيق الواضح لأنماط السلوك التي تحتاج للعلاج، ويهتم بدلاً من هذا بصياغة مفاهيم مجردة عن طبيعة الاعراض المرضية. فهو قد يرى مثلاً أن المريض « يتلجلج » بسبب خوف قديم من الاب (عقدة أوديب)، أو يتجه للتعامل مع جوانب السلوك التي تعود بالخطر على الآخرين على أنها دلالة على ضعف في بناء الضمير بسبب أساليب خاطئة في التنشئة، بينما يكون افتقاد المريض لتأكيد ذاته مع الآخرين راجعاً لمخاوف طفلية قديمة لم تحل في طفولة المريض.. وغير ذلك من المفاهيم التحليلية الشائعة.

لهذا فإن الخطة العلاجية للمحلل النفسي غالباً ما تهتدي بمحاولة التغيير من نمط الشخصية كلها على أمل أن ذلك سيؤدي آلياً إلى علاج المشكلة أو الأعراض التي أدت للعلاج. أما المعالج السلوكي الحديث فسيولي اهتمامه للاستجابات المرضية أو للأعراض ذاتها راسماً خطته على هذا الأساس. ويكون هدفه هنا هو تدعيم السلوك الإيجابي وإيقاف السلوك المرضي بشتى أنواع التعلم.

٢ - الاهتمام المباشر بالظروف المحيطة بتكوين السلوك المريض (الذي أدى للعلاج) وهنا أيضاً يختلف المعالج السلوكي عن المحلل النفسي في أنه لا يهتم بتاريخ المريض هكذا مجرداً، بل انه يولي اهتمامه لأنماط التفاعل بين الفرد والبيئة التي أحاطت ببداية تولد العرض. إذا اكتشف مثلاً، أن عيباً مرضياً معيناً قد بدأ في بداية الالتحاق بالمدرسة، فانه يحاول أن يتكشف الاسباب في إطار مفهوم الاستجابة والتدعيم، أي في البحث عن الاخطاء التربوية التي ارتكبت في حق هذا الشخص (بسوء نية أو بحسن نية) مما أدى إلى الاضطراب. وقد يكتشف أن البيئة المدرسية مثلاً تدعم بطريقة غير مقصودة هذا السلوك بسبب الضغط، والدفع الشديد للتحصيل وغير ذلك من العوامل التي تؤدي إلى آثار تعطل نمو السلوك السليم.

وعند تعرض المعالج السلوكي لدراسة الآثار المباشرة للبيئة التي أحاطت بتولد العرض المرضي يهتدي باطاره النظري العام وهو أن السلوك المحوري (القلق مثلاً) نتاج رئيسي لاستجابات البيئة للسلوك الانفعالي العام لدى الشخص.. إن البيئة المحيطة تستجيب للفرد بطريقة تؤدي لتدعيم القلق والتوتر بدلاً من تدعيم الاتزان الوجداني. أما المحلل النفسي فهو على العكس من ذلك تماماً قد يهتم بتاريخ حياة الشخص، وتشجيع التداعي الطليق للطفولة وتكون هذه الاشياء هي المحور الاساسي للعلاج. إن هدف المحلل النفسي في هذا الاتجاه يتجه باختصار لجمع المعلومات عن تاريخ حياة المريض دون اهتمام مباشر بأنماط الخطأ في تدعيم السلوك المرضي ودون تحليل سلوكي للشروط المحيطة بتكوينه*.

ثانياً: العلاج

يعترف الكثيرون بدور العلم في التشخيص، وجمع المعلومات عن المريض، والظروف المحيطة بتكوين الاعراض، وكيفية عقد المقابلة الشخصية، وتصميم ووضع الاختبارات التي تساعد على التحديد الدقيق للسلوك المريض. لكن الكثيرين قد يرون لسوء الحظ أن دور العلم يتوقف عند هذه النقطة، لكي يبدأ العلاج النفسي بعد ذلك متروكاً لذكاء المعالج الشخصي، وخبراته وبصيرته، وقدرته على التأثير والحكم الجيد. ونتفق مع « سكينر » في أن هذا نموذج لسوء الفهم لدور العلم وتطبيقاته في السلوك الانساني، إن دور العلم لا يقف عند مجرد وضع اختبار جيد للذكاء يساعدنا على تحديد نسبة التخلف العقلي، أو وضع اختبار للشخصية يساعدنا على تحديد طبيعة الاضطراب السلوكي ومقداره. إن جمع المعلومات هي الخطوة الأولى في التحليل العلمي من أي نوع. أما الخطوة الثانية فهي تتضمن وضع علاقات وظيفية بين المنبهات والاستجابات أي تحديد المتغيرات التي ستساعد على التغيير من سلوك أو نمط سلوكي معين. بعبارة أخرى تتركز المرحلة الثانية في ضبط تلك المتغيرات السابقة والتحكم فيها على أمل التغيير والتحكم في السلوك الناتج (الاضطراب السلوكي). والتحكم في السلوك المضطرب بالغائه أو التخفف منه هو ببساطة العلاج النفسي. وبناء على هذا فان العلم الجيد الملائم سيساهم مساهمة أكبر في العلاج لأن

* قد يزعم بعض المحللين النفسيين أن جمع معلومات عن تاريخ الحياة أيضاً مرحلة سابقة للعلاج. لكن من المؤكد مع هذا أن العلاج التالي القائم على جمع تاريخ حياة المريض غير قائم على تحليل سلوكي دقيق للشروط المحيطة بتكوين المرض. ومع هذا فإن بعض المحللين النفسيين ينجحون في علاج مرضاهم. لكن يبدو مع هذا أن كثيراً من جوانب هذا النجاح تعود لاستخدام هؤلاء المحللين أساليب من التدعيم لكن انشغالهم بمفاهيم فرويد النظرية يبعدهم عن التنبه لتدخل هذه المتغيرات.

منطق العلم أساساً يقوم على التجربة وضبط المتغيرات.

وفي مرحلة العلاج يكون هدف المعالج السلوكي أساساً هو المساعدة على التحديد الدقيق لأنماط السلوك السوي التي يتجه إليها اهتمام المريض (تأكيد الذات، التخلي عن العدوان، القدرة على رعاية تعاطي مخدرات أو مشروبات كحولية... إلخ). كذلك مقدار شيوع هذه الانماط السلوكية الجديدة، أي تكرارها وظهورها أكثر من أنماط السلوك المحوري المرغوب تغييره والتخلص منه.

ويستعين المعالجون السلوكيون بأساليب متعددة لعلاج وتعديل السلوك المرضي.. وفيما يلي أمثلة لأهم الاساليب المستخدمة وتطبيقاتها:

أساليب التدعيم

تتضمن تطبيقات العلاج النفسي بالتدعيم نفس الاساليب الخاصة بالتعلم الانساني والحيواني. بعبارة أخرى فان مفاهيم نظرية التعلم التي صاغها سكينر وتلامذته تستخدم في مجال تعديل الاضطرابات النفسية والعقلية. وعلى سبيل المثال هناك تقارير منشورة متعددة تبين أن بعض هذه المفاهيم قد أمكن توظيفها في المجال العلاجي ويؤدي بعضها إلى نتائج ايجابية واضحة. صحيح أن كثيراً من المفاهيم النظرية لم يمكن بعد توظيفها بنفس النجاح، إلا أن ما أمكن توظيفه يوحي بالامل في مستقبل طيب في التعامل مع السلوك الانساني المرضي. ولعلنا لا ننسى أن الدخول بنظرية التعلم إلى التطبيق العلاجي حدث في فترة متأخرة نسبياً عن تطبيقات هذه النظرية في المجالات الأخرى، لكن النتائج حتى الآن توحي بأن تنفيذ هذه الاساليب يؤدي إلى تعديلات واضحة وملموسة في أنماط الاضطرابات والامراض النفسية. وفي الاجزاء التالية سنناقش استخدامات بعض هذه المفاهيم في مجالات العلاج الفردي. ثم سنولي اهتمامنا بعد ذلك لتوظيف تلك المفاهيم في مجالات العلاج الجمعي، أو الضبط الجمعي للسلوك المرضي في مؤسسات الصحة العقلية.

التدعيم الأولي المباشر:

يتجه بعض المعالجين إلى تدعيم الاستجابات المرغوبة بتقديم مدعمات أولية مباشرة مثل الطعام والشراب. بعبارة أخرى في هذا النوع من العلاج يتجه اهتمام المعالج إلى تدعيم الاستجابة المرغوبة بارضاء حاجة أو رغبة بيولوجية أو جوهرية في بقاء الانسان وتكامله. وبالطبع نتيجة لأن مثل هذا النوع من التدعيم وحجبه (في شكل تدعيم سلبي) محوط باعتبارات خلقية لهذا نتوقع عدم استخدامه في الحالات المرضية المعقدة.. ومع ذلك وبخطط معينة ذكية يمكن للمعالج أن يستخدم التدعيم الأولي المباشر حتى في علاج الحالات

المستعصية. فعلى سبيل المثال يمكن استخدام تدعيمات أولية ذات طابع ترفيهي مثل الحلوى والسجائر، والفاكهة في تدعيم السلوك الجيد. ولقد أمكن لبعض المعالجين أن يقدموا بعض هذه المدعمات (حلوى - مشروبات غازية - سجائر) مع بعض المرضى البكم (أو الأشبه بالبكم) لتنمية القدرة على الكلام لديهم. وبالرغم من أنه تبين نجاح هذا الاسلوب في زيادة معدل الكلمات المنطوقة واستمرار ظهورها حتى بعد اختفاء التدعيمات وخروج هؤلاء المرضى من المؤسسة، فان نسبة الكلام التي تتكون بهذه الطريقة غالباً ما تكون للأسف ذات طبيعة آلية، أو خلو من التلقائية.

ونتفق مع المعالجين المعاصرين في أن استخدام المدعمات الأولية المباشرة من أكثر المجالات العلاجية التي يثور حولها الجدل، خاصة فيما يتعلق بحقوق المرضى المحجوزين في المستشفيات. إن الامتناع عن تقديم الطعام أمر تحوطه اعتبارات خلقية وقانونية بطبيعة الحال. ولهذا يقدم بعض الباحثين حلاً وسطاً لهذه المشكلة باستخدام أنواع من الأطعمة الترفيهية أو المغلفة بشكل جذاب وبعضهم يرى أن من حق المريض أن يتناول وجبة غذائية ملائمة من حيث الشروط العامة للصحة، لكن إذا تعلق الأمر بحصول المريض على طعام ترفيهي فإن عليه أن يتصرف بطريقة ملائمة حتى يحصل عليه، ثم أليس هذا ما يتطلبه المجتمع الخارجي ويعامل أفراده على أساسه؟.

التدعيم الاجتماعي:

من أكثر أساليب التدعيم العلاجي شيوعاً في الوقت الراهن ما يسمى **بالتدعيم الاجتماعي**، أي تلك الاساليب التي تتضمن التقديم المنظم للتدعيم الاجتماعي مثل: المدح والتقريظ والتشجيع وابداء الاهتمام عند ظهور الاستجابة المرغوبة. ومن المؤكد أن التدعيم الاجتماعي الايجابي من العوامل التي تقوم بدور هام في الحياة الاجتماعية بشكل عام. وعلى سبيل المثال، فان ارتفاع مستوى الاهتمام بالالعاب الرياضية بين أفراد مجتمعنا، وما يبدونه من حماس نحو العاب كرة القدم مثلاً يقوم بدور فعال في زيادة حماس اللاعبين أنفسهم، ويشد كثيراً من أفراد المجتمع نحو هذا المجال. وبنفس القدر تولي المجتمعات المتقدمة اهتمامها للانجاز العلمي والنجاح الاكاديمي، فتقيم الجوائز التشجيعية، والمنح الدراسية، وتسترشد بآراء مثقفيها، وتوجه نحوهم الاضواء، وهي بالتالي تشجع الروح العلمية وتجتذب اهتمام كثير من الشباب الصغار نحو هذا المجال. ترى كيف يمكن أن يكون حالنا لو أننا قدمنا من التدعيم الاجتماعي لمجالات الفكر والثقافة والعلم نصف ما نقدمه للمجالات الأخرى؟.

وفي المجال العلاجي رأينا نموذجاً لاستخدام الاهتمام والتشجيع في حالة الطفل الابكم عندما كانت تصدر منه مظاهر جوانب من النشاط اللفظي أو اللغوي. ويلعب المعالج

(كمدعم اجتماعي) في جلسات العلاج النفسي دوراً هاماً في تأكيد وابراز جوانب السلوك التكيفي، مثال هذا أن يقوم بتشجيع شيوع الافكار المنطقية المعقولة في المرضى العقليين بشتى أنواع التشجيع والتحبيذ وابداء الاهتمام كما في المثال الآتي:

المريض: (وهو مريض عقلي فصامي، مضطرب التفكير): إنني لا أعرف في الحقيقة مشاعري نحو والديَّ.. نعم أنا أعرف أنهما يحبانني ويهتمان بي.. ويبديان اهتمامهما بي في كثير من المواقف، لقد تلقيت منهما هدية لطيفة في الاسبوع الماضي.

المعالج: (يشعر بأن المريض هنا يقدم تعليقاً اجتماعياً صحياً، يقف، ويوجه كل اهتمامه للمريض، يبتسم برقة وتشجيع): جميل، معنى هذا أنك تريد أن تقول بأن «والديَّ يحباني بدليل أنهما يبديان اهتمامهما بي وبرعايتي».

المريض: هذا صحيح. لكن هناك شيئاً يحيرني يا دكتور، لماذا يأمر والدي العمال بأن يضعوا أدوات الترفيه في وسط الطريق.

المعالج: (يشعر بأن المريض قد عاد لاضطرابه الفكري غير المنطقي، يسعل بدون اهتمام، يلقي بنظره بعيداً نحو النافذة، ويغير موضوع الحديث): كيف قضيت اجازتك في الاسبوع الماضي؟».

ولأن من المعتقد أن التدعيم الاجتماعي بالانتباه والمدح والتحبيذ يلعب دوراً هاماً في شيوع أنماط السلوك المحوري أو المرغوب فان هناك بعض الباحثين ممن يرون بأن التدعيم الاجتماعي عندما يكون مصحوباً بدعمات ملموسة (مكافأة مادية مثلاً) بطريقة منظمة تزداد آثاره التدعيمية أكثر مما لو قدم وحده. ومع ذلك فان هناك من يرى أن التدعيم الاجتماعي القائم على المدح والتحبيذ يعتبر في حد ذاته ذا أثر فعال بالنسبة لكثير من المرضى حتى دون أن يكون مصحوباً بدعمات مادية أخرى، وأنه عندما يستخدم بعناية يمكن أن يؤدي وحده إلى تغيرات محسوسة في السلوك المرضي. وخير مثال على ذلك حالة المريض الفصامي (السيد س) التي عرضنا لها في الصفحات السابقة، والتي تصور لنا الامكانيات المختلفة التي يمكن أن يتطور إليها السلوك عندما نولي اهتمامنا للسلوك المرغوب ونتجاهل السلوك غير المرغوب.

كذلك تبين أن تجاهل السلوك المرضي بين الفصاميين قد أدى إلى تعديلات ملحوظة في جوانب الاضطراب التي تظهر منهم. فقد ثبت في إحدى الدراسات[٢] وجود تغيرات ملموسة، وتناقص ملحوظ في نسبة الهلاوس (السمعية والبصرية) والتفكير غير المنطقي والمفكك في مريض فصامي نتيجة لمجرد الابتعاد عن المريض عندما تحدث مثل هذه الانماط السلوكية (الهواجس والتفكك في التفكير) والاقتراب منه مع الاهتمام والحماس

عندما يتحدث بطريقة مرغوبة (خلو من الهلاوس وبقدر مرتفع من التماسك).

وفي حالة أخرى لمريض فصامي، عزف عن تناول الطعام في المستشفى (دون سبب واضح) حتى أصيب بهزال شديد، وتناقص وزنه إلى أن أصبح في وقت ممارسة العلاج لا يزيد عن ثمانية وخمسين رطلاً (ما يقرب من ستة وعشرين كيلو جرام). استطاع المعالج باستخدام أسلوب الاهتمام عندما يتجه المريض للطعام، والتجاهل عندما يعزف عنه أن يساعد المريض على تكوين عادات غذائية سليمة فيما لا يزيد عن خمسة أيام[3].

كما استخدم أسلوب المدح في محاولة ناجحة لزيادة الوعي بالعلاقات الشخصية والاجتماعية وتدريبها بين مجموعة من المرضى العقليين بمجرد تعليم المرضى بأسماء المرضى الآخرين والاشخاص الآخرين في البيئة[4].

ويستخدم التدعيم الاجتماعي واللفظي في علاج عيوب الكلام التي تنتج بسبب عوامل اجتماعية سيئة، وذلك بالتقليل من تلك العوامل الاجتماعية أو التخلص منها مع تكوين أنماط صحية جديدة من العلاقات الاجتماعية تساعد على اختفاء عيوب الكلام.

ويستخدم أسلوب التجاهل بنفس النجاح في تعديل المشكلات التي يبديها الاطفال كالبكاء والعناد والتدريب على الاخراج والعدوان وغير ذلك. لقد أمكن، على سبيل المثال ايقاف طفل في الرابعة من عمره في مدرسة للحضانة من نوبات بكاء مستمرة وصراخ دون سبب بمجرد تجاهله عندما يبكي وابداء الاهتمام والرعاية به عندما يتوقف عن ذلك، وذلك في فترة لا تزيد عن خمسة عشر يوماً. ويعلق المعالج السلوكي الذي قام بعلاج هذا الطفل على ذلك في العبارة الآتية:

«لقد لاحظنا الطفل لأيام متعددة عندما طلب منا مساعدة المشرفين على دار للحضانة لمساعدتهم في ايقاف بكائه وعويله المستمر دون سبب واضح. وفي طوال الفترات التي لاحظنا فيها الطفل قمنا بتسجيل عدد نوبات البكاء في كل يوم فتبين أن ثمانية نوبات من البكاء في المتوسط تحدث في كل صباح في الفترة الممتدة من الثامنة حتى الثانية عشرة ظهراً. واكتشفنا أثناء ملاحظاتنا أيضاً أن نوبات البكاء والصراخ التي كانت تتملك الطفل كانت تشد اهتمام المدرسين مباشرة فيهرعون له محاولين اسكاته وملاحظته حتى يتوقف عن البكاء».

«لقد أمكن باستخدام التدعيم الايجابي عندما يندمج الطفل في نشاطه العادي والتجاهل عندما يبكي أن تتوقف نوبات بكاء الطفل تماماً في خمسة عشر يوماً. لقد توقف الطفل عن ابداء أي مشكلات نتيجة لهذا الاسلوب البسيط»[5].

والحقيقة أن استخدام أسلوب التدعيم مع مشكلات الاطفال يتم بنجاح كبير فيما تثبت

غالبية البحوث المنشورة عن هذا الموضوع. ويبدو أن السبب الاساسي في هذا يرجع إلى سهولة ضبط البيئة المحيطة بالاطفال أثناء العلاج. لكن المشكلة التي تواجه المعالج السلوكي تتركز أساساً في المنزل. ذلك أنه، يجب أن تكون البيئة المنزلية متفهمة لأساليب العلاج السلوكي وأساسياته النظرية حتى يتم في المنزل تعميم التغيرات الملحوظة في العيادة، وبالتالي في العالم الخارجي.

لهذا يولي المعالجون اهتماماً ملحوظاً لتدريب الآباء أو المشرفين في المؤسسات على المبادىء الاساسية لتعديل السلوك. وهنا من المهم أن نشير إلى أن كثيراً من الآباء يعتبرون مسؤولين مسؤولية رئيسية عن ظهور المشكلات السلوكية لدى أطفالهم لعجزهم عن ضبط هذه المشكلات بأساليب آلية بسيطة كالتدعيم. ولهذا يلجأ المعالجون إلى تعليم الآباء والمشرفين المبادىء الرئيسية العلمية لتعديل السلوك في لغة بسيطة، ويضمنون توجيهاتهم شرحاً بسيطاً لبعض تجارب التعلم بالمكافأة والخطأ، والتماثل بين الإنسان والحيوان في كثير من المحددات البيئية للاستجابة، كذلك يوضحون لهم أنهم، أي الآباء، مسؤولون عن تكوين هذه المشكلات من خلال أنماط التدعيم الخاطئة التي يكشفونها للطفل عندما يظهر منه سلوك غير مرغوب.

ولتدريب الآباء والموجهين تدريباً فعالاً على استخدام التدعيم تستخدم بعض المراكز للعلاج النفسي في الولايات المتحدة حجرات ملاحظة تسمح للمعالج بمشاهدة كيفية التعامل بين الآباء والابناء. وتصنع هذه الحجرات بحيث أنها تسمح لمن هو خارجها (المعالج) أن يشاهد ما يدور بداخلها، بينما لا يستطيع من بالداخل أن يرى المعالج الذي يلاحظ ما يدور (بين الأم والطفل مثلاً). والهدف من هذه الحجرات فيما هو واضح ملاحظة السلوك في جو طبيعي غير مصطنع وبحيث لا يعرف الطفل أو الاطفال أن هناك من يلاحظ تصرفاتهم في الخارج. وغالباً ما تكون هذه الحجرات مزودة بسماعات لاسلكية، يمكن من خلالها أن يوجه المعالج تعلياته للأب أو الأم بشكل مباشر عندما تصدر منهم أنماط خاطئة من السلوك مقترحاً عليهم استخدام أنماط جديدة من الاستجابات. والمثال التالي يوضح لنا كيف يتم ذلك في حالة أم تشكو من كثرة بكاء طفلها، ونشاطه العشوائي:

«الأم في داخل الحجرة الزجاجية تقرأ في الجريدة الصباحية، بينما ابنها ذو الربيع الخامس يلعب على بعد متر منها ببعض المكعبات. جاءت الأم بالطفل لمركز العلاج النفسي لعجزها عن تعديل بعض المشكلات التي أخذ يثيرها الطفل منذ عامين: فهو كثير البكاء، ولا يكف عن النشاط العشوائي والحركات الزائدة مما سبب للأسرة كثيراً من التعاسة. المعالج السلوكي خارج الحجرة يشاهد ما يدور بداخلها. ويحدث عندئذ الحوار الآتي:

الأم: (داخل الحجرة): إنني أحب هذا البناء الذي أقمته بهذه المكعبات.
الطفل: (يهد البناء بغضب): لكنه لا يعجبني إطلاقاً.
الأم: جائز.
الطفل: (ينخرط في نوبة بكاء ونهنهة): لماذا قلت إنه يعجبك؟ لماذا؟
الأم: (توشك على الاستجابة عندما يتحدث لها المعالج من خلال السماعات اللاسلكية المثبتة بأذنيها بحيث لا يراها الطفل).
المعالج: (متدخلاً): لا تستجيبي لبكائه، استمري في قراءاتك.
الطفل: (يرتفع بكاؤه وعويله): أنت لماذا لا تجيبي؟
الأم: (تبعد الجريدة. توشك أن تستجيب لبكائه).
المعالج: لا تهتمي. استمري في التجاهل والقراءة. رجائي أن تتجاهلي الآن هذا البكاء مهما بدا لك هذا صعباً. دعينا نرى ماذا يحدث بعد ذلك.
الطفل: (يعود لمكعباته يستأنف اللعب بها بهدوء. بعد لحظات قليلة يقول): «مامي هل يمكنك أن تساعديني في بناء هذا الجزء من المكعبات».
المعالج: (للأم من خلال السماعة اللاسلكية): الآن يمكنك أن تساعديه وأن تبدي له اهتمامك لأنه لا يبكي.
الأم: (تتجه نحو الطفل)، بكل سرور يا حبيبي طالما أنك تطلب معونتي دون بكاء. وبطريقة لطيفة.
المعالج: (للأم)«هذه استجابة جيدة».

في هذا المثال السابق يتضح لنا أن مجرد مخاطبة الأم مباشرة يساعدها على توضيح معنى التدعيم، ويبين لها بصورة محسوسة كيف أن طرق تفاعلها السابقة لا تصلح لمعالجة السلوك غير المرغوب. كذلك يبين لنا أن المعالج يدعم بدوره الاستجابات الملائمة كما تصدر عن الأم، ويصحح لها الاستجابة الخاطئة. وفي حالات كثيرة عندما يعجز الآباء أو المشرفون على الاطفال عن التقاط السلوك الملائم، قد يتجه المعالج بنفسه لداخل الحجرة الزجاجية وتنتقل الأم لخارجها حتى تشاهد كيف يتعامل المعالج مع الشخص صاحب المشكلة، ويسمى هذا تعديل السلوك من خلال الاقتداء ومحاكاة الطرق السليمة في التصرفات.

وعلى العموم، فان التدعيم الاجتماعي يعتبر عنصراً قوياً من عناصر التغيير في سلوك المرضى النفسيين والعقليين، فضلاً عن المتخلفين عقلياً. لكن هذا لا يمنع من التحذير من نقاط معينة سنتحدث عنها عند الحديث عن المشكلات العملية والخلقية التي يثيرها

استخدام التدعيم في الوقت الحالي.

متى يكون التدعيم فعالاً؟

والآن فبالرغم من ضرورة التدعيم لاحداث التعلم والتغير، فقد لا يكون أحياناً فعالاً. فقد ينشط أحد الاطفال في الظهور بمظهر جيد إذا ما وعدته بقطعة نقدية، بينما لا يؤثر ذلك في سلوك طفل آخر. ونفس الطفل قد تختلف استجاباته لنفس المدعم من وقت إلى آخر. فقد يتوقف عن البكاء إذا قدمت له قطعة من الحلوى، لكنه قد لا يفعل ذلك في موقف آخر لا يكون فيه جائعاً أو محتاجاً لهذه القطعة. ويدل هذا على أن التدعيم لكي يكون فعالاً يجب أن تتوافر فيه بعض الخصائص.

فالشيء المستخدم كتدعيم يجب أن يكون محبوباً ومرغوباً من الشخص، أي يجب أن تكون له قيمة ما عند الشخص. وهذه القيمة هي التي ستحدد ما إذا كان الشخص سيبذل جهداً للحصول على الشيء. فبعض الناس (خاصة الاطفال وضعاف العقول) يبذلون أعظم الجهد في مقابل المأكولات والحلوى، وبعضهم يفضل تقدير الآخرين. وبعضهم يفضل كلمات مديح بسيطة، وبعضهم يفضل المركز الاجتماعي والبعض يفضل الاندماج في نشاط اجتماعي بناء. وفي حالات متعددة يصل التدعيم لدرجة مجردة كما في حالة الفنان المبدع الذي يسعده أن يجد تقديراً لفنه أو أن يجد أن عمله قد أحدث بعض التغيير في بيئته. يتطلب هذا إذاً أن يكون التدعيم موجهاً ومرتبطاً بالفروق الفردية.

وتثير النقطة السابقة سؤالاً أكثر عمقاً ويتعلق بالسبب الذي تختلف فيه المدعمات من شخص إلى آخر. لماذا يفضل بعض الأطفال الحلوى، بينما يفضل بعضهم الآخر قطعة نقدية، أو لعبة؟ بين البالغين، لماذا يكون المال هو المدعم الرئيسي بينما يكون المركز الاجتماعي أو الشهرة هي المدعم لدى البعض الآخر؟ يمكن القول بشكل عام إن الخصائص التدعيمية للأشياء تختلف من شخص إلى آخر بسبب احتياجات هذا الشخص، وبحسب ظروفه الاجتماعية السابقة. ومن الشيق أن نشير إلى بعض التجارب التي بينت أن نتائج التدعيم تتفاوت بتفاوت الطبقة الاجتماعية للشخص. من هذا دراسة أجراها بريماك Premack[٦] على أطفال من الطبقات المتوسطة بينت أن إعطاء قطعة من الحلوى لا يؤدي إلى تدعيم السلوك المرغوب كالاستمرار في أداء لعبة معينة، بل على العكس تبين له أن اللعب بلعبة معينة هو الذي يقوم بدور المدعم لتناول قطعة الحلوى. ويختلف هذا الاتجاه في أطفال الطبقات الفقيرة، حيث تبين له أن قطعة الحلوى تقوم بدور تدعيمي للاستمرار في اللعب (الارجحة). بعبارة أخرى فان تعديل سلوك الاطفال في الطبقات المتوسطة يجب أن يتخذ سياسة تدعيمية تختلف عن تدعيم الاطفال في الطبقات الفقيرة.

ومن العوامل التي تساهم في فاعلية التدعيم سرعة تقديم التدعيم أو ما يسمى بالتدعيم الفوري إثر الاستجابة أو السلوك المرغوب. ذلك لأن الشخص يتعلم السلوك في وقت اعطائه التدعيم، فإذا تأخر التدعيم عن ذلك فقد يفقد دلالته، لأنه قد يأتي فور الانغماس في شكل سلوكي آخر غير السلوك الذي ترغب في حدوثه. لنفرض أننا طلبنا من طفل شديد الحركة وعنيفها أن يهدأ في مقابل مدعم معين (قطعة حلوى مثلاً) فجلس بهدوء، وتأخرنا في إعطاء التدعيم للحظة، فبدأ الطفل يعبث في قطعة أثاث مجاورة، وأعطيناه التدعيم أثناء هذا، فان أثر التدعيم قد ينصرف على هذا الفعل الأخير. ونظراً لأن الطفل يتعلم السلوك الحادث في وقت إعطائه التدعيم فقد لا يتعلم العمل المطلوب (وهو الهدوء) بل يتعلم السلوك الذي حدث أثناء تقديم المتأخر وهو العبث في قطعة الأثاث المجاورة.

ويصور الروائي التشيكي «**فرانز كافكا**» حالة طريفة مماثلة تبين ذلك بوضوح. فقد كان هناك كلب - يعيش في حظيرة محاطة بسور مرتفع - يتبول ذات يوم عندما القيت بالصدفة عظمة من فوق السور. فاعتقد الكلب أن تبوله قد جعل العظمة تظهر، فكان بعد ذلك كلما أراد شيئاً ليأكله يرفع رجليه. مما يدل على أن السلوك قد يحدث بسبب إدراك العلاقات العلية بين الاحداث التي تقع في وقت واحد، حتى ولو كانت لا ترتبط منطقياً[٧]. ويعزز هذا ضرورة أن يكون التدعيم فورياً حتى يرتبط بموضوعه.

لكن من المستحيل أحياناً أن تقدم التدعيم الفوري دائماً، خاصة إذا كان من طبيعة مادية كطعام أو شراب أو لعبة. لهذا يمكن سد هذه الثغرة باعطاء وعد بالتدعيم (مع تنفيذ ذلك فيما بعد)، أو بتدعيم لفظي أو وجداني فوري، فالربت على الظهر، أو العناق، أو كلمة تشجيع قد تفي بالغرض.

كما تتوقف فاعلية التدعيم على طوال المدة التي مرت على الشخص وهو لا يتلقاه، فتقديم السجائر في حالة المريض (س) كان يمكن أن لا تكون مفيدة لو أنه استطاع خلسة وبوسائله الخاصة أو من خلال زيارات الاقارب أن يحصل كل يوم على ثلاث علب سجائر مثلاً، وهكذا فتمنية طفل بقطعة حلوى لا تكون مثيرة له إثر أكل قطعة كبيرة من الجاتوه. والمرء الذي يحرم من شيء يتشوق لهذا الشيء أكثر من غيره. ولهذا نستطيع أن نجعل التدعيم أكثر فاعلية أو قوة بابعاد الشيء المدعم قبل البدء في عملية علاج أو تعديل سلوكي معين. ولأمر ما يسيء رجال السياسة المحترفون استخدام فرض الحرمان عن طريق حجب بعض الخدمات المتاحة للمواطنين، ثم يبيحونها من جديد حتى تبدو وكأنها منحة واصلاح مقدم لمواطنيهم. لهذا سنخصص في نهاية الفصل كلمة عن الاعتبارات الخلقية في استخدام التدعيم.

وتدعيم الاستجابة أو السلوك المرغوب بين الحين والآخر - ويسمى **بالتدعيم المتقطع - أفضل وأكثر فاعلية من التدعيم المستمر** الذي يتم بتدعيم الاستجابة في كل مرة تحدث فيها. وتبين تجارب « سكينر » في هذا الصدد أن السلوك الذي يكتسب بفعل التدعيم المتقطع يكون استمراره أكثر من السلوك الذي يكتسب بفعل التدعيم المستمر. وعلى سبيل المثال، كان « سكينر » يقوم في إحدى تجاربه على الحيوانات بعملية تدعيم مستمرة لبعض الاستجابات بتقديم الطعام فوراً (تدعيم مستمر) وفي كل مرة ينجح فيها الحيوان بالضغط على مزلاج (أو أي استجابة أخرى يحددها المجرب). ويقارن ذلك بحيوان آخر يتم تدعيم نفس الاستجابة لديه (الضغط على المزلاج) ولكن بفعل التدعيم المتقطع (الضغط على المزلاج يؤدي إلى ظهور الطعام بين الحين والآخر). فلاحظ تفاوتاً شديداً بين الحيوانين. ففي الحالة الأولى يستمر الحيوان في إظهار الاستجابة بعد اختفاء التدعيم (الاستمرار في الضغط على المزلاج دون إعطاء الطعام) لثلاثمائة مرة يتوقف بعدها الضغط على المزلاج. أما في حالة الحيوان الآخر الذي اكتسب هذا السلوك بفعل التدعيم المتقطع فقد استمر الحيوان في إظهار الاستجابة لستة آلاف مرة قبل أن يتوقف، وهو عدد أطول بكثير من عدد المرات في حالة الحيوان الذي تدعمت لديه الاستجابة بفعل التدعيم المستمر. وكذلك الأمر بالنسبة للسلوك البشري الذي نرغب في إكسابه للآخرين أو اكتسابه لنا نحن. فتعليم الطفل مثلاً لبس ملابسه بفعل التدعيم المتقطع، المدح بين الحين والآخر كلما نجح في لبس حذائه مثلاً، يؤدي إلى اكتساب المهمة الجديدة بطريقة أسرع وأفضل مما كنا نسرف في إعطاء التدعيم بصورة مستمرة.

ولا يتعارض التدعيم المتقطع مع فكرة التدعيم الفوري التي أشرنا لها. فقد يكون التدعيم متقطعاً وفورياً في نفس الآن، بل ان من الواجب كذلك إذا ما كنا نصبو إلى جعل التدعيم قوي الفاعلية.

مشكلات يثيرها استخدام التدعيم في تعديل السلوك البشري

الآن وقد عرفنا معنى التدعيم وأساليبه، والعوامل التي تؤدي إلى فاعليته، أصبح الطريق ممهداً للحديث عن بعض المشكلات التي يثيرها استخدام هذا الاسلوب بالنسبة لأخصائي العلاج بالتدعيم وبالنسبة للرأي العام أيضاً.

فمن ناحية نجد أن المعالجين السلوكيين في الفترات المبكرة من اكتشاف نظرية « سكينر » كانوا يبدون اهتمامهم بتدعيم السلوك المرغوب، وتجاهل السلوك غير المرغوب

بشتى الوسائل التي عرضنا لها في الصفحات السابقة من هذا الفصل، وذلك دون النظر لطبيعة السلوك الذي يقومون بتدعيمه. وقد أدى ذلك إلى الاهمال التام لإمكانية أن يكون السلوك نتيجة لشروط سابقة، أو ربما يكون المريض قد قام بهذا السلوك بطريقة متعمدة. وفي مثل هاتين الحالتين يصعب أن يؤدي التجاهل إلى إزالة هذا السلوك بل على العكس، قد يؤدي إلى مزيد من الاستجابات السلبية. أفرض أن مريضاً فصامياً قد أعطي عقاراً لتهدئته فأصيب بعد هذا ونتيجة للدواء بمظاهر سلوكية منها التبلد والميل للنوم والتقاعس. إن تعديل هذه الأنماط السلوكية دون التوقف عن إعطاء الدواء قد يؤدي إلى نتائج سيئة تماماً. وبالمثل فإن الاهتمام بأشكال السلوك الشاذة التي تظهر لدى شخص يحاول أن يدعي المرض للحصول على مكاسب ثانوية لن يؤدي إلى تناقص في أنماط السلوك الشاذة بل قد يؤدي إلى زيادتها وتدعيم السلبي منها أكثر فأكثر. لهذا فيجب على من يقوم بالتدعيم سواء كان معالجاً أو شخصاً عادياً أن يهتم بخلفية الاضطراب السلوكي والاهتمام بالشروط السابقة على ظهوره.

أضف إلى هذا مسألة الفروق الفردية في القابلية للتغيير في هذا الاتجاه أو ذاك نتيجة للتدعيم الاجتماعي. فالتدعيم الاجتماعي بالمدح مثلاً قد يؤدي إلى نتائج سلبية مع بعض المرضى خاصة المصابين بالبارانويا وبعض حالات الهيستيريا، لأن لفت الانتباه هو ما يصبو إليه هؤلاء المرضى، وهو عينه ما نقدمه لهم في أي خطة علاجية تقوم على التدعيم. ويتحسن أداء بعض المرضى ويزداد إذا ما استخدمنا معهم التدعيم السلبي (التجاهل) أو النقد. لهذا فيجب أن نكون حساسين لمسألة الفروق الفردية هذه عند التفكير في التخطيط لأي برنامج من التدعيم.

قضية أخرى يواجهها المعالجون بالتدعيم، وتتمثل في مدى **تعميم ظهور الاستجابة المرغوبة في مواقف الحياة الأخرى بعد تفحصها في العيادة، أو في مركز العلاج النفسي.** خذ مثلاً حالة طفل مصاب باللجلجة وعسر الكلام، فاستطاع المعالج الملم بقواعد التدعيم والعلاج السلوكي أن يساعد الطفل بالتدريج على التخلص من السلوك غير المرغوب (اللجلجة) وتعلم أنماط جديدة من الطلاقة ويسر التعبير. الواضح أن المعالج حتى هذه اللحظة ،قد نجح في إحداث سلسلة من الاستجابات المرغوبة، وهي الطلاقة في التعبير والتخلص من التهتهة، لكن كل ذلك تم إما في عيادة المعالج، أو في مركز العلاج النفسي. والسؤال الآن: ماذا يحدث لهذا السلوك الجديد الذي اكتسبه الطفل؟ إنه سيخرج من حجرة المعالج للمنزل وللاصدقاء القدامى، والمدرسة وهم كما هم بنفس أنماطهم القديمة في التعامل معه. هل ستستمر استجاباته السوية وتتطور كما كان متوقعاً لها؟. أم أن الظروف

الاجتماعية الاصلية التي ساعدت على ظهور اللجلجة ستكف السلوك السوي، وتخلق «اللجلجة» من جديد؟ بعبارة أخرى، فان نجاح العلاج يجب أن يتبعه اهتمام بما يأتي:

١ - تعميم أنماط السلوك السوي واستمراره في النمو والتطور في مواقف خارجية، لأن هذا هو محك العلاج: الفاعلية لا في حجرة العلاج النفسي، بل الاستمرار في الفاعلية خارجها، ومع أشخاص آخرين، وفي مواقف اجتماعية أشمل وأكثر تركيباً.

٢ - تأكيد السلوك السوي الجديد وذلك بأن نضمن استمراره في وجه الخبرات الجديدة التي قد يكون من شأنها كف المريض وارغامه على العودة للحالة السابقة.

ونتيجة لهذا يقترح البعض[٨] شروطاً تساعد على استمرار النتائج الايجابية للتدعيم منها: أن يكون الموقف العلاجي مشابهاً إلى حد بعيد للبيئة الطبيعية الاجتماعية التي تحيط بالمضطرب. وبهذا سيسهل على الشخص أن يعمم استجاباته السوية للبيئة بيسر وسهولة. ولهذا فمن الافضل أن تتم اجراءات تعديل السلوك في البيئة نفسها. ويبدو أن هذا الاقتراح يكمن وراء حركة **العلاج الاسري** التي أخذت تجتاح الولايات المتحدة وأوروبا في الحقبتين الاخيرتين. حيث ينتقل المعالج (أو المعالجة) لأسرة المريض لفترات تتراوح من ٢٤ ساعة إلى أسبوع لكي يلاحظ - أو تلاحظ - أنماط التفاعل في داخل الاسرة نفسها وموجهاً نصائحه على هذا الاساس. وبهذا لا يقوم المعالج بتعديل سلوك المريض وحده بل بتعديل سلوك كل من يحيطون بالمريض، أو بالأحرى فانه لا يقوم وحده بعملية العلاج بل يحول البيئة المحيطة كلها إلى بيئة علاجية صالحة لتقبل الجيد وتطويره.

كذلك من الافضل تدعيم الاستجابات الجيدة الجديدة بأكبر قدر ممكن حتى تصبح متماسكة وقوية، وقادرة على مواجهة الصعوبات، والخبرات الاجتماعية السيئة. فالشخص الذي أمكن له أن يتعلم أساليب الثقة بالنفس وتأكيد الذات، قد يواجه في البداية بعض الشراسة من زملاء أو رؤساء العمل، أما لأن تعلمه للسلوك الجديد لم يصبح جيداً بعد، أو لأن زملاء العمل ورؤساءه قد اعتادوا منه على شكل مختلف من التصرف أو لكلا السببين، ولتجنب الكف والعودة إلى النمط المرضي السابق، فان الاستمرار في تدعيم الاستجابات الجديدة سيمنحها من القوة والتماسك ما يجعلها قادرة على مواجهة رياح التحدي. وعلينا هنا ألا ننسى مبدأ **الحلقة المفرغة** في العلاج الذي سبق لنا الاشارة إليه، ولكن على أن تحوله للصالح الفردي والاجتماعي. فالقوة في اكتساب العادة الجديدة، ستغير من ادراك البيئة الاجتماعية للشخص، وستضيف بالتدريج مدعماً ايجابياً جديداً لتقوية السلوك الجديد وتطويره، ربما بسبب تقبل أنماط السلوك الجديدة، والاعتياد عليها، والبدء

في التعامل مع الشخص بطريقة محترمة مثلاً.

ومن جهة أخرى يوافق كثير من المعالجين السلوكيين على إضافة أساليب أخرى لزيادة احتمال حدوث السلوك المرغوب الجديد، وتأكيد فاعليته واستمراره. منها: إخضاع المريض في داخل مختبر أو حجرة العلاج لضروب شتى من التوترات والاحباطات المشابهة للاحباطات التي سيواجهها في الخارج. ومن المتفق عليه الآن أن تقديم جوانب أو خبرات مشابهة لخبرات البيئة الاجتماعية ببطء وبالتدريج، سيساعد المضطرب على التحكم في البيئة ومواجهتها بقوة بعد ذلك.

أضف إلى هذا أن النجاح يخلق نجاحاً أكبر، فالشخص الذي ينجح في اكتساب شكل سلوكي جديد (تأكيد الذات، أو الطلاقة في التعبير عن النفس). سينجح في اكتساب أشكال أخرى من السلوك لم تكن في الاصل موضوعاً للعلاج. وهذه حقيقة تثبتها عشرات البحوث في هذا الميدان البكر. فنحن الآن نعرف - على وجه اليقين - أن النجاح في التخلص من سلوك سيء (كاللجلجة) يصحبه نجاح مماثل في سمات شخصية مثل انخفاض القلق العام، وزيادة الثقة بالنفس، والايجابية.. إلخ[9] ومن شأن هذه النجاحات الثانوية أن تلعب دور المدعمات الاضافية الجديدة التي تزيد من قوة السلوك الجيد. وقد أمكن في إحدى التجارب دراسة آثار التعميم على أنماط سلوكية جديدة. فقد تبين أن النجاح في تدعيم الاتجاهات الايجابية نحو الطب والاطباء لدى مجموعة من الطالبات صحبه مزيد من الرغبة لديهن في المساهمة في التجارب الطبية، وفي أداء المقاييس الطبية[10] لأغراض البحث العلمي في ميدان الطب. ونعلم من دراسات التفكير الابداعي أن تدريب الافراد على التخيل ونجاحهم فيه يصحبه ازدياد في الثقة بالنفس، وبالسيطرة في المواقف الاجتماعية. وهناك ما يؤيد أن هذه التغيرات الجديدة تقوم بتشجيع وتدعيم الاستجابات التكيفية الجديدة التي أثارتها[11].

وفي حالات كثيرة قد يتعذر الوصول إلى مدعم مناسب لبعض الاشخاص أما الصعوبات عملية، أو لأن مدعمات هذا الشخص تصل درجة من التركيب بحيث يتعذر خلقها له. وتمثل تلك النقطة مشكلة يواجهها عالم العلاج النفسي الحديث. ومن رأي أحد العلماء أنه يمكن تحويل كثير من النشاطات والاستجابات التي تصور عن الشخص إلى مدعمات مناسبة إذا ما ربطناها بدوافعه العامة. بعبارة أخرى فان المدعم نسبي، ولا توجد مدعمات مطلقة. ولهذا يلجأ المختصون في ادارة المرضى العقليين في المستشفيات النفسية بأمريكا إلى ضبط الجوانب المدمرة من سلوك مرضاهم بشيء مماثل. وعلى سبيل المثال أمكن استخدام التوقف عن العدوان، وانتهاج سلوك عاقل في التعامل مع الزملاء من

المرضى الآخرين والاطباء كمدعم نتيجة لربطها ببعض الدوافع العامة لدى المرضى مثل الخروج من المستشفى في نزهة أو المساهمة في نشاط ديني أو اجتماعي في داخل المستشفى، مشاهدة فيلم سينمائي.. إلخ. ومرة أخرى، يقوم رجال السياسة (بدافع الرغبة في ضبط سلوك الناس) بأشياء من هذا القبيل بأن يدعموا استجابات الخضوع والطاعة والحصول على تأييد المواطنين بربط هذه الاستجابات ببعض الاحتياجات والدوافع العامة السائدة لدى البشر، كتولي منصب جديد، أو خلق وظائف وكادرات وظيفية جديدة يشغلها من يبدون الطاعة لحكومتهم.

اعتبارات أخلاقية

ويقودنا هذا الكلام إلى مشكلة أخلاقية تتعلق باستخدام التدعيم.. فالتدعيم فيما يرى القارىء قانون من قوانين الحياة ساعد العلم على اكتشافه وبلورته. والقانون - كأي قانون - قد يستخدم بحكمة، كما قد يستخدم بطيش. إننا نعرف مثلاً أن قوانين انشطار الذرة يمكن أن تستخدم بحكمة فائقة اليوم في أغراض سلمية وطبية، ولكن نفس هذه القوانين استخدمت في إبادة عشرات الالوف من البشر في «هيروشيما» و «نجازاكي» بطيش لم يسبق له مثيل في تاريخ البشرية.

كذلك الأمر فيما يتعلق بالتدعيم. فما عرضنا له حتى الآن فيما يتعلق باستخدام التدعيم إنما يشير إلى صورة مشرقة وايجابية في ضبط جوانب الهدم والتدمير الذاتي والاجتماعي في سلوك البشر (العصاب والذهان). وقد رأينا أن كل البحوث التي عرضنا لها تعطي - كلياً أو جزئياً - نتائج ايجابية.. ولا شك في أن هذا يدل على أن الالمام بقواعد التدعيم يعطينا سلاحاً قوياً لمواجهة المشكلات السلوكية والاجتماعية. لكن السلاح فيما أشرنا تتوقف فاعليته دائماً على من يحمله: فهو في يد رجل البوليس حماية ودفاع وتحقيق للأمان (أو هكذا على الاقل يجب أن يكون)، لكنه في يد قاطع طريق أو لص قوة للعدوان والتدمير. والحكومات تواجه هذا بسن قوانين حيازة الاسلحة وإحرازها وتضع عقوبات قاسية لاستعمالاتها السيئة. وهذا نفسه ينطبق بصورة ما على العلاج السلوكي بالتدعيم (أو بغيره)، لكن ما تسميه الحكومات بقوانين حيازة الاسلحة وإحرازها نسميه نحن بالاعتبارات الخلقية.

ولعل أول مبدأ خلقي للعلاج - السلوكي أو الفرويدي أو أي شكل آخر - ضرورة أن تكون قوانين تعديل السلوك والعلاج موجهة أساساً لخدمة المريض وبالتالي خدمة الآخرين. ويثير هذا الالتزام - الذي يجب أن يفوق أي التزام آخر للمعالج - مشكلة

أخرى يواجهها أخصائيو العلاج في المؤسسات الاجتماعية بشكل عام بما فيها المستشفيات، ومراكز العلاج، والسجون، ومؤسسات التخلف العقلي.. إلخ.. خاصة عندما تختلف - وكثيراً ما تختلف - أهداف المؤسسة مع الاهداف الانسانية التي يجب أن تتحقق للمرضى. افرض على سبيل المثال أن المؤسسة تقدم طعاماً قذراً، ويسيء العاملون فيها استخدام المرضى.. فيثور مريض معين. فهل يوجه المعالج سلاحه نحو المريض فيعمل بشتى الوسائل على تهدئته وإغرائه لتقبل الوضع الكائن؟ أم يشجع لديه الاحتجاجات حتى يعود الاصلاح؟ بالرغم من أن الاجابة واضحة على الاقل من الناحية النظرية في أن الالتزام الأول هو صحة المريض ورفاهيته.. فإن التطبيق العملي، دائماً ما تحيطه مشكلات. فلا زالت مؤسسات العلاج النفسي هنا وفي الخارج تجنح ما بين الحين والآخر لاستخدام قوانين ضبط السلوك بطريقة تتعارض مع حقوق البشر وحقهم في الشكوى والتعبير بإخضاعهم لأسوأ أنواع التشريط. وقد شهدنا في ١٩٧٤ جزءاً من ثورة الرأي العام والصحافة في أمريكا إثر ما اكتشف في أحد سجون ولاية «أيو» Iowa من ممارسة أساليب العقاب بحقن المساجين «بالابومورفين» عندما تصدر منهم أي استجابات غير مرغوبة من وجهة نظر المؤسسة. وأسوأ ما في هذه القصة أن بعض من كانوا يساعدون على ذلك الاطباء النفسيون المشرفون.

وما يحدث في مستشفيات التخلف العقلي لا يقل عن هذا سوءاً. فقد سمعت أخصائياً نفسياً اكلينيكياً عربياً يبدي تشجيعه وتقبله لصفع أحد المرضى بقوة وفور صدور بعض استجابات العدوان الذاتي التي كانت تصدر عن هذا المريض بين الحين والآخر، كطريقة لتعديل هذا السلوك التدميري. وتعتمد كثيراً من المصحات على العقاقير المهدئة، والجلسات الكهربائية وعلى حبس المريض والاستخدام الاجباري لأنواع معينة من العلاج. ومن المؤسف أن كثيراً من هذه الوسائل تموه وتبرز بصورة كما لو كانت علاجاً، بينما لا تعدو في الحقيقة أكثر من كونها سبيلاً للسيطرة وفرض الانضباط على النزلاء «الوقحين»، والمتمردين، والعدوانيين من وجهة نظر العاملين.

فما هو المخرج من هذا المأزق الأخلاقي؟ ليس بالطبع في التخلي عن قوانين من العلاج تثبت فاعليتها في توجيه السلوك البشري يوماً بعد يوم.. وليس بالتخلي عن البحث العلمي في هذه الموضوعات وإثراء العلم وقوانينه. وإنما يكمن الحل فيمن يستخدم هذه القوانين، وفي عالم القيم الذاتية والاجتماعية لهؤلاء الذين يقومون بتطبيق هذه القوانين.

ولا شك في أن مزيداً من حركات الاصلاح الاجتماعي الذي يجب أن يشمل نظام المستشفيات والمصحات العقلية سيتكفل في حل كثير من أجزاء الازمة. فلقد وصف واحد

من علماء الاجتماع المتعمقين المستشفيات العقلية بأنها «مؤسسات كاملة»، وهو يعني بذلك الاشارة إلى حقيقة مؤسفة تتعلق بأماكن يخضع فيها النشاط للتنظيم الشديد والرقابة والملاحظة الدائبة من قبل الاجهزة الادارية المختلفة. وفي مثل هذه الظروف:

«تصبح حاجات الفرد ورغباته في منزلة ثانوية، بينما تكون الاهمية الأولى لإدارة المستشفى إدارة تتميز بالسلاسة والخلو من المشكلات. أي أن شئون الفرد في المستشفيات العقلية الكبيرة توضع في منزلة ثانوية، بينما تأتي إدارة المرضى وضبط أمورهم في المنزلة الأولى»[١٢].

ولا شك أيضاً أنه لا بديل للمعالج السلوكي إلا بالتسلح بمزيد من الاخلاقيات المهنية. لكن مفهوم كلمة أخلاق يثير عدداً من المشكلات النظرية.. فالتفسيرات الاخلاقية غالباً ما تعالج على أنها تفسيرات ذاتية دائماً.. ولهذا فالأحرى أن نتكلم عن ضرورة وجود مجموعة من الالتزامات الرئيسية التي تفرضها ممارسة المهنة، منها **أولاً**: عدم استخدام أي أسلوب علاجي إلا بموافقة الشخص وبرضائه، ومنها ثانياً: أن يكون الهدف هو صالح المريض وتكامله. ومنها ما قاله الفيلسوف «كانت» في عبارات بسيطة:

«لا تعامل كائناً بشرياً آخر على أنه وسيلة لغاية من الغايات، بل أنظر إليه دائماً على أنه غاية في ذاته ولذاته».

وتطبيق هذه الالتزامات ستحوطه دون شك مصاعب ومشكلات، ولكن أليست هذه مشكلة عامة نواجهها دائماً عند التطبيق؟ ثم متى كانت المشكلات البشرية يسيرة الحل، وسهلة الصياغة؟.

إن المعالج النفسي فيما أرى يعتبر بمعنى ما حارساً للقيم الانسانية الأصيلة ولحقوق الافراد الانسانية وداعية اصلاح اجتماعي إذا ما هددت تلك القيم، أو أخضعت الكرامة الانسانية للتشريعات المهينة.. وعائد عالم النفس من هذا لا يختلف في كثير من الاحيان عن عائد أي حارس أخلاقي للمجتمع وعلى مر التاريخ: أن يواجه بالتشكك وربما بأشكال من الصراع المرير.

* * *

تعليق وخلاصة

تستجيب البيئة الاجتماعية لتصرفات الناس بأشكال مختلفة من التقبل أو الرفض. وإذا كانت استجابة البيئة بالتقبل فان هذا يؤدي إلى تدعيم التصرف أو السلوك موضوع هذا التقبل. ويطلق على الاستجابات التي تستجيب بها البيئة للتصرفات والافعال

الانسانية مفهوم التدعيم. ويكون التدعيم البيئي ايجابياً إذا أدى إلى زيادة في شيوع السلوك السليم والسوي. ويكون سلبياً إذا أدى إلى زيادة السلوك المضطرب والشاذ. فكما يدعم المجتمع أشكالاً جيدة من السلوك، قد يدعم أشكالاً شاذة ومضطربة.

وتقرر نظرية التدعيم أن الاضطراب بأنواعه المختلفة يحدث بسبب عمليات تدعيم سلبية للسلوك الشاذ. فالتدعيم الخاطيء باظهار الانتباه وتلبية رغبات الاشخاص عند انغماسهم في أشكال شاذة من السلوك أو مدمرة للذات أو المجتمع سيؤدي في الغالب إلى زيادة في تلك الجوانب الشاذة وبالتالي سيزداد حظ الشخص من الاضطرابات والشذوذ. وتتدعم غالبية الاضطرابات المصاحبة للأمراض النفسية والعقلية ومشكلات الاطفال بهذا الشكل. فعناق الطفل عندما يبكي، والاستجابة لهلاوس الفصاميين على أنها علامة من علامات الورع، والسكوت على عدوان الجانحين وتدميرهم للآخرين وإظهار الإعجاب بسلوك الجانحين والتسلطيين العدواني والمدمر للآخرين، والإنصات للمكتئبين عندما يثرثرون عن أمراضهم الجسمية ومتاعبهم في العمل والحياة، والنظر لتوتر القلقين على أنه علامة من علامات العبقرية والإبداع. كل هذا وغيره يعتبر مظهراً من مظاهر التدعيم الاجتماعي السلبي (المقصود أو غير المقصود) للاضطرابات النفسية والاجتماعية المختلفة.

واختفاء التدعيم الايجابي لا يقل خطراً عن التدعيم السلبي الخاطيء، بل انه يعتبر سبباً رئيسياً في ظهور بعض الاضطرابات النفسية والعقلية. **فالاكتئاب**، مثلاً يحدث أساساً بسبب عدم وجود بيئة اجتماعية تمنح التدعيم الايجابي وتثير الدوافع والفعل والنشاط. لذلك تبين الدراسات أن الاكتئاب يزداد بين كبار السن، أو المحالين على المعاش، والمساجين السياسيين، وربات البيوت، وإثر الازمات الاجتماعية كفقدان شخص عزيز، أو مرض شديد، أو الفصل من عمل أو مهنة.. إلخ. مما يدل عن أن الافتقاد للتدعيم الاجتماعي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بظهور الاكتئاب النفسي وربما الانتحار.

وعندما يستخدم مبدأ التدعيم بطريقة منظمة يمكن أن يصبح وسيلة فعالة لتعديل السلوك ومواجهة كثير من المشكلات الانسانية بحلول ايجابية. واختص هذا الفصل بتقديم صورة موجزة ومبلورة لاستخدام التدعيم في العلاج النفسي. ويتطلب استخدام التدعيم في العلاج أن نبدأ أولاً بالتحديد النوعي للاضطراب الذي نريد علاجه، والاهداف التي نرغب في الوصول إليها، ثم حصر الظروف الاجتماعية المحيطة بظهور الاضطرابات، والاستجابات الاجتماعية التالية لظهوره. ثم يبدأ تعديل السلوك بعد هذا من خلال التجاهل عندما تظهر الجوانب المضطربة غير المرغوبة عن السلوك. وقد عرضنا لنتائج عدد من الدراسات التي تبين الامكانيات الواسعة والمختلفة التي يمكن أن يتطور لها البشر

عندما نولي اهتمامنا لجوانب ايجابية من سلوكهم متجاهلين الجوانب السلبية منهم. ويصدق ذلك على حالات مختلفة كالفصاميين، وعيوب الكلام، والقلق، والانسحاب الاجتماعي. وقد أمكن حديثاً[13] استخدام أساليب التدعيم في علاج حالات الاكتئاب. وكمثال على ذلك أنه أمكن علاج سيدة في الخامسة والاربعين كانت تشكو من اكتئاب شديد، وذلك بتدريب أفراد أسرتها (زوجها وأبنائها) على تجاهل أحاديثها عندما كانت تنصب على الشكاوى البدنية، وتوهم الامراض، والتعب، واليأس، والتهديد بالانتحار (وهي الاعراض التي تصاحب عادة ظهور الاكتئاب)، مع إبداء الاهتمام والتشجيع عندما كانت السيدة تبدي أي مظهر من السلوك، أو النشاط، أو الحديث عن موضوعات ايجابية متفائلة، أو عندما كانت تقوم بأداء أعمالها المنزلية، والخروج لصديقاتها.. إلخ. وعندما توقف أفراد الاسرة عن ذلك عادت السيدة إلى نفس حالتها الاكتئابية، ولكن سرعان ما تحسنت عندما عادت الخطة العلاجية واستمر تحسنها مطرداً بعد ذلك دون انتكاسات.

ولكي يكون التدعيم فعالاً يجب أن تصحبه شروط منها: أن يكون فورياً، وأن يكون موضوع التدعيم مرغوباً من الشخص. والتدعيم المتقطع أفضل من التدعيم المستمر من حيث تأثيره على السلوك الجديد المكتسب. كما يجب الاهتمام بالشروط المحيطة بالسلوك، والغاء الوظيفة (أو المكاسب الثانوية) التي يؤدي لها السلوك السيء. ولكي نضمن استمرار الاستجابات الجيدة بعد ظهورها بفعل التدعيم من الافضل أن تنفذ خطة العلاج في البيئة الطبيعية للشخص أو على الاقل في بيئة مشابهة، كما أن إشراك المحيطين بالشخص (الأسرة أو الزملاء) واعلامهم بخطة العلاج وأهدافه تؤدي إلى استمرار تطور السلوك السوي، والصحة. وتدعيم سلوك جيد يصحبه تغيير ايجابي في خصائص سلوكية أخرى. وتعتبر هذه التغيرات الجديدة من العوامل التي تساعد بدورها على استمرار ظهور الانماط السلوكية الجديدة وثبوتها.

ولما كان التدعيم سلاحاً ذا حدين، يستخدم في أغراض علاجية انسانية كما قد يستخدم في أغراض لا انسانية كالتلاعب بالبشر والتحكم اللاخلقي في سلوكهم، فان من الواجب الالتزام ببعض القواعد الخلقية، كضرورة الحصول على موافقة الشخص ورضائه فضلاً عن أن يكون الهدف دائماً هو دفع الشخص لمزيد من التكامل والارتقاء والفاعلية.

وتبين البحوث الحديثة مع هذا أن التدعيم لا يصلح وحده في تفسير السبب في أن شخصاً معيناً يستجيب بالاكتئاب - مثلاً - عند الافتقاد للتدعيم، بينما قد يستجيب شخص آخر بالعدوان أو باللامبالاة. إذ لا بد من دراسة أساليب الناس في التفكير واتجاهاتهم نحو التدعيم.. حتى يكون المامنا بقواعد تعديل السلوك متكاملاً. وهذا هو موضوع الفصل القادم.

مراجع وتعليقات

١ - – Skinner, B. F. **Science and human behavior.** New York: Macmillan, 1953.

٢ - للمزيد عن استخدامات مبدأ التدعيم في تعديل سلوك المرضى العقليين والفصاميين بشكل خاص أنظر:

– Hagen. R. Behavioral therapies and the treatment of Schizophrenics. **Schizophrenia Bulletin,** 1975. Issue No. 13, pp. 70 – 96.

٣ - – Kazdin, A. E. **Behavior modification in applied Settings...** Homewood, Illinois: Dorsey Press, 1975.

٤ - – Hagen, Op. Cit., 1975.

٥ - للمزيد عن تطبيقات مبدأ التدعيم في علاج المشكلات السلوكية للاطفال أنظر: لوك واطسون، تعديل سلوك الاطفال، ترجمة محمد فرغلي فراج - وسلوى الملا القاهرة: دار المعارف، ١٩٧٦.

٦ - – Premack, D. Reversibility of the reinforcement relation. **Science,** 1962, 163, 255 – 257.

٧ - هول ليندزي، نظريات الشخصية، ترجمة فرج أحمد فرج وآخرين القاهرة: الهيئة العامة للكتاب، ١٩٧١.

٨ - للمزيد عن التدعيم وشروطه وتطبيقاته أنظر:

– Golldfried, M. R. & Davison, G. C. **Clinical behavior therapy** New York: John Wiley, 1976.

٩ - للاطلاع على النتائج الايجابية التي يؤدي لها النجاح من التخفف من الاعراض المرضية على الشخصية أنظر ما يكتبه «ايزنك» سواء في بعض كتبه المترجمة للغة العربية، أو الكتب التي لم تترجم. وقد سبق أن أشرنا في الفصول السابقة إلى عدد منها. كذلك أنظر:

١٠ - – Krasner, L. The therapist as a social reinforcement. machine. In Hp H. Strupp and L. Luborsky (eds.), **Research in Psychotherapy.** Vol. 2 Washington, D. C. APA, 1962.

١١ - للاستزادة عن آثار تدعيم القدرات الابتكارية والابداعية على الشخصية أنظر: عبد الستار ابراهيم، التوجيه التربوي للمبدعين، مجلة العلوم الاجتماعية (الكويتية)، عدد ابريل، ١٩٧٩.

١٢ - عبد الستار ابراهيم، ثلاثة جوانب من التقدم في دراسة الابداع، تحت النشر.

١٣ - شلدون كاشدان، علم نفس الشواذ، ص ١٨٠ (مرجع سبق ذكره).

٧

العقلانية أو تعديل أخطاء التفكير

تمهيد:

تنبه الفلاسفة اليونانيون منذ القدم إلى أن الطريقة التي ندرك بها الاشياء وليس الاشياء نفسها هي التي تسم سلوكنا بالاضطراب أو السواء. وفي هذا الصدد يقول «أبيقورس» «لا يضطرب الناس من الاشياء، ولكن من الآراء التي يحملونها عنها»..

أما العلاج النفسي - السلوكي المعاصر فيسلم أيضاً بأن كثيراً من الاستجابات الوجدانية والسلوكية والاضطرابات تعتمد إلى حد بعيد على معتقدات فكرية خاطئة يبنيها الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به. ومن هنا ابتكر المعالجون النفسيون مفاهيم وآراء مختلفة عن قيمة العوامل الذهنية والفكرية في الاضطراب النفسي. وتتفاوت هذه المفاهيم: فهي عند أدلر Adler تشير إلى «أسلوب الحياة» الذي يتبناه العصابي أو الذهاني[1]. وعند البعض الآخر تشير إلى أساليب الاعتقاد[2]، ويستخدم البعض الثالث مفهوم «الفلسفة الشخصية»[3]. أما البرت اليس Ellis فيستخدم مفهوم «الدفع المتعقل». وبالرغم من الاختلافات الظاهرة في هذه المفاهيم فان هذه الطائفة من الباحثين والمعالجين تتفق على أن الاضطرابات النفسية أو العقلية لا يمكن عزلها عن الطريقة التي يفكر بها المريض عن نفسه وعن العالم أو اتجاهاته نحو نفسه ونحو الآخرين. وأن العلاج النفسي بالتالي يجب أن يركز مباشرة على تغيير هذه العمليات الذهنية قبل أن نتوقع أي تغيير حاسم في شخصية المريض، أو في الاعراض التي دفعته لطلب العلاج.

لهذا يلاحظ أحد الباحثين في العلاج النفسي أن «كل أشكال العلاج النفسي - بما فيها العلاج السلوكي - تعلم الناس أن يفكروا، وأن يشعروا، وبالتالي أن يسلكوا بطريقة ملائمة ومختلفة»[4]. ومن ثم فان نجاح العلاج النفسي، أو نجاح الشخص في التغير الايجابي يجب أن يكون مصحوباً بتحسن في طريقة تفكيره والتغير فيها.

كذلك فان الدراسات الحديثة لعلماء النفس تبين أن تأثير كل أساليب العلاج تقريباً بما

فيها استخدام العقاقير* والاساليب الفسيولوجية تعتمد اعتماداً حاسماً في تحقيق نجاحها - على عوامل معرفية مثل: توقع مكاسب علاجية، والمعلومات التي يحصلها المريض عن مواقف الخوف، والقلق، والاكتئاب، والتدريب على ضبط الانتباه، واتجاه الشخص نحو المعالج، ونحو العلاج النفسي بشكل عام[٥]. وهي كلها فيما يلاحظ القارىء عوامل تنتمي إلى أسلوب تفكير المريض، واتجاهاته العقلية.

غير أن من الضروري أن نشير إلى أنه بالرغم من الاعتراف المتزايد في الوقت الحاضر بدور العوامل المعرفية وأهمية تغيير أساليب التفكير في العلاج النفسي - السلوكي فان هذا الاعتراف جاء متأخراً وبخطوات مترددة. فلفترة قريبة لم يكن المعالج السلوكي يولي اهتماماً يذكر لدور هذه العوامل معتبراً إياها عوامل داخلية لا يمكن اخضاعها للملاحظة أو التعديل المنظم، وكان الاهتمام جل الاهتمام فيما رأينا في الفصل السابق متجهاً إلى السلوك الظاهري أو الانفعال الظاهرية المضطربة. فعلاج القلق - على سبيل المثال - كان مركزاً على تغيير الانفعال الظاهرة التي تبدو لدى الشخص القلق، كالرعشة، والاغماء، وخفقات القلب.. إلخ دون اهتمام بالافكار التي يقولها المريض لنفسه، أو اتجاهاته نحو مواقف لا تستثير بطبيعتها هذا التوتر.

ولفترة قريبة لم يكن «ولبي» - مثلاً - يرى أهمية ما للتأثير في أساليب التفكير. فمن رأيه أن البدء في تعديل السلوك أهم من التعديل في طرق التفكير، لأن تعديل السلوك (سلوك الخائف، أو المتوتر مثلاً)، يؤدي بعد ذلك إلى تعديل في الظواهر الفكرية كالاستبصار، والتغير في الاتجاهات المعتقدات وليس العكس. ويدعي بأنه لم يعثر على تجربة واحدة تبيِّن أن تغير المسالك الذهنية والاستبصار يصحبها تغيير في السلوك الظاهري. ونتيجة لهذا يرى بأن كل ما نحتاج إليه هو ابتكار طرق فعالة وحاسمة للتعديل من السلوك الظاهري «غيِّر السلوك، وستتغير معه أساليب التفكير».

على أن الأمر لم يقبل من المعالجين والباحثين بهذه البساطة. فمنذ عام ١٩٦٥ عكف الباحثون في العلاج النفسي على دراسات مكثفة لم تدع نتائجها مجالاً للشك في أن المرض النفسي تصحبه اضطرابات في طرق التفكير، وأن التغيير من هذه الطرق يصحبه تغيير في التوافق والسلوك.

* نلاحظ أنه بالرغم من أن تأثير العقاقير الطبية ذو طابع فسيولوجي. فإن المريض يمكن إن كان غير راغب في العلاج ولا يرى ضرورته أن يقوم بوسائل تخفف من تأثير هذه العقاقير أو تلغيها. وأبسط مثال على هذا ما نلاحظه في مستشفيات الطب العقلي من أن المريض قد يبقي الاقراص العلاجية في فمه دون أن يبتلعها. ويبصقها خفية ما دام اتجاهه نحو الطبيب المعالج أو العلاج سلبياً. ويكشف الفيلم السينمائي الحاصل على جائزة الاوسكار «طائر فوق عش المجانين» جوانب من هذه الاتجاهات دون مبالغة.

أما لماذا لم يجد «ولبي» حالة أدى فيها تغيير التفكير إلى تغيير في السلوك؟ فلأنه كان - مثله في ذلك مثل المعالجين السلوكيين في الفترات المبكرة من تاريخ هذا المنهج - ينتقي الحالات المرضية التي يشكل فيها الاضطراب السلوكي محوراً لكل الاعراض الرئيسية.

وحديثاً نجح «لازاروس» في علاج حالة ضعف جنسي لدى شاب في السابعة والعشرين من عمره بعد أن فشل معالج سلوكي تقليدي مشهور معه. لأن «لازاروس» لم يجعل همه التعديل من الاضطراب السلوكي ذاته (وهو الضعف الجنسي)، بل ركز على طريقة تفكير المريض، واتجاهه نحو الجنس عموماً عندما كان يضاجع زوجته. فلقد كان المريض يتصور بأن العلاقة الجنسية الزوجية نوع من العبودية، وأن الادمان الجنسي كالادمان على المخدرات. إن من العبث إغراء هذا المريض باستخدام طرق العلاج السلوكي التقليدية لعلاج الضعف الجسمي مباشرة (كالاسترخاء عند الاتصال الجنسي مثلاً) وهو يعتنق مثل هذه التصورات. إن من الضروري أن نعدل منذ البداية اتجاهه نحو «الجنس» ونحو معتقداته الخاطئة عن العلاقات الزوجية. ولهذا أمكن بنجاح علاج هذا الشخص في أسابيع قليلة من المناقشة والاقناع ودحض أفكاره الخاطئة عن هذه الموضوعات.

وكعادتنا في تناولنا لموضوعات هذا الكتاب - خاصة ما يتعلق منها بمناهج العلاج. سنحاول في الصفحات الآتية أن نبين بمختلف الادلة أن تعديل المسالك الذهنية ضروري لنجاح العملية العلاجية ولتغيير الشخصية، وأنه يؤثر تأثيراً مباشراً في إثارة الاضطراب وفي إثارة الشفاء، كما سنعرض لجوانب التفكير التي تصاحب الامراض النفسية وتلك التي تصاحب الصحة النفسية. وفي الجزء الأخير من هذا الفصل من هذا الكتاب سنكشف عن بعض الاساليب الفعالة في تغيير السلوك الذهني.

* * *

أدلة على فاعلية أساليب التفكير في احداث الاضطراب النفسي وفي العلاج منه

أما الادلة التي سأسوقها هنا للكشف عن أهمية أساليب تفكيرنا - وطريقتنا في الاعتقاد عن الاشياء وعن النفس - في إثارة الاضطرابات النفسية والاجتماعية والعقلية فيعتمد بعضها على استقصاء للآراء النظرية الفلسفية، ويعتمد بعضها الآخر على النظريات العلمية، والبعض الثالث يعتمد على الادلة التجريبية الحديثة.

أولاً: من الناحية الفلسفية أشرنا إلى الآراء الفلسفية للمدرسه الابيقورية التي ترى بأننا نضطرب لا من الاشياء ولكن من آرائنا عنها. ولهذه المدرسة آراء أخرى تسهم في الكشف عن قيمة تعديل المسالك الذهنية في تحقيق السعادة والتواؤم مع النفس والبيئة. فالفلسفة الرواقية ترى مثلاً بأن ما|لا يمكن تعديله يجب اما تقبله، أو طرحه جانباً. فقد لا يقبل الفرد كثيراً من وقائع الحياة التي لا أمل في تغيرها أو اصلاحها (كوفاة قريب، أو وجود جوانب نقص فينا، عجزنا عن الكمال، اختلاف الناس عنا.. إلخ) لكن الفرد بعدم تقبله لهذه الحقائق الحتمية يجعل نفسه مستهدفاً لكثير من ألوان التعاسة والاضطراب، بمعنى أنه إذا واجه مشكلة ما أو موقفاً حتمياً لا يملك تعديله، فان تبديد، لطاقته في التفكير في هذه المشكلة لن يعود عليه بفائدة، بل سيؤدي في النهاية إلى تضخيم توتره النفسي والانفعالي، منتهياً به إلى مضاعفات من الشقاء أكبر بكثير من المشكلة أو الموقف ذاته. والحقيقية أن كثيراً من مشكلات العصابيين وغيرهم تنتج بسبب الاوجاع والمحن التي تتملهكم في التعامل دائماً مع الاشياء المستحيلة. فالعصابي يبحث دائماً عن المستحيل أو المتعذر متجاهلاً التعامل مع الممكن وتنميته. ويؤدي به هذا في النهاية إلى الاجهاد النفسي، والشك في امكانياته، وبالتالي التفكير في البيئة على أنها مصدر للمتاعب والتهديد وإثارة المصاعب والتوترات.

وينظر بعض المعالجين لمبادىء الفلسفة الرواقية على أنها فلسفة للصحة النفسية والسعادة الخاصة. لهذا بدأ طبيب نفسي سنة ١٩٥٠ محاولة لتوظيفها للعلاج النفسي[٦]. وذلك بأن كان يسأل طالب العلاج أولاً أن يعرف أن اضطرابه يرجع إلى مبالغته الانفعالية في الاستجابة للمواقف أو المواقف المثيرة للاضطراب. ثم يطلب من المريض بعد هذا أن يدحض هذا الميل المبالغ فيه بالاستجابة للبيئة من خلال الاقتناع الذاتي بأن الخطر - لو كان هناك خطر - لن يؤدي إلى نهايتها. وفي رأي هذا الطبيب أن مبالغاتنا في الاستجابة للبيئة تكون اما ناتجة عن تصور أن موقفاً خارجياً أو شخصاً قد أخطأ فنياً وأساء إلينا، وأما عن تصور بأننا أخطأنا في حق شخص آخر... وكلا الصورتين خاطىء من الوجهة المنطقية طالما أنه لا يوجد دليل على صحة أي منهما.

ويكتب برتراند راسل في سنة ١٩٣٠ كتاباً عن الطريق إلى السعادة[٧]. ويعرض فيه بعض الافكار التي أسهمت في حركة تعديل التفكير الحديثة. وكمثال على هذا يذكر «راسل» أن الانسان قد يشعر بالراحة والخلاص والهدوء إذا ما حاول - عند الشعور بالخوف من شيء معين - أن يتخيل أسوأ النتائج وان يركز الذهن فيها وأن يقنع نفسه بأن ليس في هذا نهايته. كذلك يرى أن:

« ... من أسلم الطرق لمواجهة أي نوع من الخوف أن تفكر فيه بهدوء وبطريقة متعقلة، ولكن بتركيز شديد إلى أن يتحول إلى شيء مألوف لديك. وفي النهاية فان الالفة بالوضوع المخيف ستستأصل الشعور بالخوف ».

وفي موقع اخر يقول راسل:

« دائماً ما يتحول الرأي العام بكل طغيانه نحو من يظهر خشيته منه، أما هؤلاء الذين لا يكترثون به فنادراً ما يتحول الرأي العام ضدهم ».

ومن الواضح أن « راسل » في هذا يتبنى فلسفة للسعادة الانسانية تستخلص أساسياتها من أن العقيدة تحكم السلوك، وأن التفكير في أمور الحياة بطريقة منطقية ومتعقلة تصحبه أيضاً حياة وجدانية هادئة وخالية من الاضطراب - وسنرى فيما بعد أن بعضاً من مبادىء تعديل السلوك الذهني تستخدم عملية تحليل نظرية مماثلة.

ثانياً: ومن ناحية أخرى هناك من التحليلات النظرية للنتائج الحديثة للعلاج النفسي ما يضيف تأييداً على التأييدات الفلسفية السابقة بأن تعديل السلوك في حالات الاضطرابات النفسية والعقلية يتم بسبب التغير في العوامل الفكرية وفي الاساليب الذهنية للشخص. ويلاحظ أحد المعالجين المحدثين[٨] بأن كثيراً من المعالجين السلوكيين يستخدمون - بوعي أو دون وعي - أساليب لعلاج مرضاهم وتعديل معتقداتهم واتجاهاتهم جنباً إلى جنب مع مناهجهم السلوكية القائمة على عمليات التدعيم والتشريط. يلاحظ مثلاً « كانفر » Kanfer من الينوى Illinois بأن من بين الانماط الثلاثة الرئيسية الحديثة في العلاج يوجد نمطان على الاقل يكتسبان فاعليتها في التأثير على الشخصية بسبب عوامل ذات طابع ذهني وفكري. أما الانماط الثلاثة التي يستخدمها المعالجون السلوكيون في الوقت الراهن وفي ضوء تحليلات « كانفر » فهي:

١ - نمط العلاج من خلال تحريض المريض على احداث التغير في نفسه وفي بيئته، وذلك كأساليب تأكيد الذات التي سبق الاشارة إليها. والمعالج بهذا المعنى ما هو إلا محرض على التغيير واتخاذ مواقف جديدة أكثر كفاءة في مواجهة الحياة الاجتماعية.

٢ - نمط التشجيع على القيام بالسلوك الملائم من خلال الاقتداء والمحاكاة والتكرار.

٣ - تدعيم وتعديل السلوك بالطريقة التي سبق الاشارة إليها في الفصل السابق. وفي هذه الانماط الثلاثة لا يوجد في الحقيقة إلا النمط الثالث الذي يمكن أن ينتمي إلى نظرية « سكينر » ونظرية التعلم بالمعنى التقليدي. أما النمط الأول فيتضمن العمل على تدعيم التغير في اتجاهات المريض مع اقناعه واغرائه بتغيير أنماطه الفكرية، ومن ثم أساليبه في التفاعل. ويتضمن النمط الثاني عوامل فكرية مماثلة إذ نعطي الشخص فرصة ملائمة لتقييم

اضطراباته السلوكية، مع إعطائه بدائل سلوكية ملائمة وجديدة ودون تخوف من النتائج. وفي كلا النمطين الأول والثاني يوجد شكل من أشكال تعديل التفكير.

أضف إلى هذا أن النجاح في بعض مناهج العلاج السلوكي - كما أشرنا في فصول الكتاب السابقة - قد يعزى إلى تغيرات ذهنية وفكرية. تناول على سبيل المثال أسلوب تأكيد الذات والتشجيع على الحرية الانفعالية. ماذا تجد في هذا الاسلوب؟ تجد في الحقيقة معالجاً نفسياً يوجه مرضاه للدفاع عن حقوقهم الرئيسية من خلال التشجيع على تنمية الثقة بالنفس، تجد معالجاً يعلم مرضاه ما الذي يجب أن يقولوه، وكيف يقولونه في مواقف الاحباط والتأزم. بل ان «ولبي»، وهو المتشدد في الاتجاه السلوكي يلاحظ أن بعض التغيرات تحدث في سلوك مرضاه بعد نجاحهم في تأكيد الذات، وتشمل هذه التغيرات طريقة تفكير المريض واتجاهاته العقلية. من هذه التغيرات التي لاحظها أن المريض يبدأ في إدراك مبالغاته الانفعالية في تقدير الاشياء، كما يدرك أن مخاوفه كانت تشوهاً للواقع، وبالتالي يبدأ المريض في اعتناق أفكار وتصورات واتجاهات جديدة تتفق من حيث واقعيتها مع واقع الموقف.

تناول أسلوباً سلوكياً آخر كأسلوب التطمين التدريجي، ستلاحظ أيضاً أن العلاج يمر بمراحل ثلاث هي:

١ - التدريب على الاسترخاء العميق.

٢ - تدريج الخوف والقلق.

٣ - تخيل مواقف الخوف موقفاً موقفاً مع الاسترخاء.

وتبين لنا البحوث الحديثة أن التخيل وحده (وهو عامل ذهني) دون كل المراحل الأخرى هو العامل الضروري في ازالة الخوف، أما الاسترخاء، ووضع التدريجات فهي تمثل أهمية أقل في التعديل السلوكي.

ثم لاحظ أيضاً عملية العلاج نفسها.. هل يتم التغير دون ارادة المريض؟ وهل يمكن أن يشفى المريض ويختط لنفسه أساليب جديدة في التفاعل والتوافق دون وجود قدر من التوقع الذهني للشفاء، والامل الايجابي في نجاح أسلوب العلاج المستخدم؟ بالطبع لا. بل ان هناك نظرية تحتل في الوقت الحاضر اهتمام عدد لا بأس به من علماء الشخصية والعلاج النفسي ومؤداها أن سلوك الفرد وعملياته النفسية الأخرى تتوقف على **توقعه** للطرق التي ستحدث بها أشياء معينة (أنظر المرجع رقم ٨). بعبارة أخرى، فان سلوك الفرد تحكمه إلى حد بعيد عوامل معرفية وفكرية كالتوقع، وطريقة التنبؤ بحدوث أشياء معينة.

فالشخص الذي يتعرض لتجربة فشل في عمل، أو صداقة، أو حب قد يصيبه

الاكتئاب والحزن إذا ما كان يتوقع بأنه لن يجد بديلاً لخسارته للعمل، أو للشخص. واستجاباته المكتئبة الحزينة ستختلف لهذا عن شخص يتبنى توقعات مختلفة تقوم على الامل في وجود بديل ناجح لخسارته. ولهذا السبب قد ينجح العلاج مع شخص بينما لا ينجح مع شخص آخر.

ثم إذا نظرت إلى سلوك العصابي أو الذهاني فستجد دون شك أن سلوكهما الدفاعي وغير الواقعي إنما قد يكون ناتجاً عن نقص في المعلومات عن أساليب السلوك الملائمة. فطالب الكلية الذي يأتي من قرية صغيرة والذي يرغب بشدة في الحصول على التقبل الاجتماعي قد لا يكون خجولاً، ولكنه لا يعرف ببساطة أساليب التقرب وأساليب التفاعل الاجتماعي[١]. **فلأننا لا نعرف ما هو الصحيح قد نسرف في ممارسة ما هو خاطىء.**

ثالثاً: سأنتقل الآن إلى مجموعة ثالثة من الادلة على فاعلية العوامل الذهنية في إثارة الاضطرابات الوجدانية والسلوكية. وسأطلق على هذه المجموعة من الادلة:

الادلة التجريبية، لأن بعضها يأتينا من معامل علماء النفس السلوكي ذواتهم، والبعض الآخر يأتينا من تجارب باحثين معاصرين ينتمون لفرعين رئيسيين من فروع علم النفس وهما: **الشخصية وعلم النفس الاجتماعي.**

لنتأمل بعض النتائج التجريبية التي جاءتنا من دراسات بافلوف - مؤسس المدرسة السلوكية - لنرى ما إذا كان في نظريته أثر لما يسمى بالعوامل العقلية أو الذهنية. إن الكثيرين قد فهموا « بافلوف » خطأ على أنه صاحب نظرية ضيقة لوصف السلوك بمقتضاها لا تزيد الظواهر السلوكية (من تعلم وخوف وحب وصداقة، واكتئاب وتفاؤل وتشاؤم.. إلخ) عن كونها استجابات شرطية.

ليس هذا هو كل « بافلوف » في الحقيقة، فهناك جوانب مجهولة في نظريته تجعل منه عبقرياً بحق من حيث تنبهه لتعقد السلوك الانساني وبالتالي تعدد الشروط الموجهة لهذا السلوك. ففي عدد من التجارب أمكنه أن يحدث في حيواناته حالة من الاضطراب النفسي الشبيهة بالاضطرابات العصابية لدى البشر، وأطلق عليها اسم العصاب التجريبي. وفي تحليله لهذا العصاب التجريبي لدى الحيوانات لاحظ أن السلوك اللاتوافقي أو المرضي يحدث بسبب عوامل منها:

١ - استخدام منبهات حادة وشديدة (كأن يصحب تقديم الطعام بضوء مبهر، أو صوت عنيف وحاد).

٢ - تأخير ظهور الطعام تدريجياً بعد ظهور المنبه الشرطي (الضوء أو الجرس يصحبه الطعام أحياناً فورياً وأحياناً يتأخر لفترات طويلة).

٣ - صعوبة التمييز بين المنبهات الشرطية لتقاربها واختلاطها (مثلاً ظهور درجات من الضوء الاخضر، تدل إحدى الدرجات منها على ظهور الطعام. لكن الحيوان يصعب عليه تمييز هذه الدرجة وتحديدها لأن الفرق بين الدرجات اللونية السابقة أو اللاحقة طفيفة أو ليست واضحة).

٤ - التغيير المستمر وابدال المنبهات الشرطية الايجابية بمنبهات شرطية سلبية والعكس (ظهور الضوء الاحمر في بعض المرات يصحبه الطعام وفي بعض المرات الأخرى تصحبه صدمة كهربائية).

٥ - التوتر البدني الشديد أثناء عملية التشريط.

وبالرغم من أن العوامل الخمسة السابقة عوامل سلوكية أساساً إلا أن « بافلوف » لاحظ شيئين:

أ - أن حيواناته لا تستجيب بطريقة متشابهة تماماً للمنبهات المتشابهة. وقد أدى به هذا إلى وضع نظريته عن الانماط المزاجية والتي بمقتضاها حاول أن يفهم المرض النفسي عند الانسان. فلقد قسم الامزجة البشرية من حيث الاستجابة للبيئة إلى أربعة أنماط مماثلة للأنماط التي وضعها أبقراط وهي النمط البلغمي، والنمط الدموي، والنمط السو داوي، والنمط الصفراوي*. وغني عن الذكر أن في هذا التصور تكمن بذور الفروق الفردية وبالتالي الفروق في العمليات المعرفية وأساليب التفكير**.

ب - كذلك أصبح بافلوف وبالتدريج واعياً للفروق بين الانسان والحيوان. فما دامت الحيوانات تختلف فيما بينها من حيث أنمطتها المزاجية، فان من المنطقي أيضاً أن يختلف الانسان عن الحيوان. واستطاع بنجاح أن يحدد أن الفرق الرئيسي بين الانسان والحيوان يكمن في قدرة الانسان على استخدام اللغة والرموز، أو ما يسميه بمفهوم الجهاز الاشاري الثانوي الذي يمكن الانسان من استخدام الكلمات واللغة كبديل للأصوات والمرئيات الفعلية التي هي من خصائص الجهاز الاشاري الأولى. وفي هذا الصدد يتنبه

* الشخص البلغمي هو الشخص الذي يتصرف طبقاً للأصول وذو مزاج سعيد، ومزاجه السعيد قد يعوض قصور فطنته وحكمته. وهو متعقل في تعامله مع الآخرين.. وقد يظهر الاستسلام لهم ولكنه غالباً ما يحقق أهدافه. أما الشخص الدموي فهو عديم المبالاة، اجتماعي، محب للهو، ويضفي أهمية عظيمة على أي شيء يمارسه في لحظة ممارسته له. أما السو داوي.. فهو عكس الدموي قلق، ويجد في كل شيء مصدراً للهم والاضطراب.. ويميل للشكوك والهموم ولهذا السبب لا يكون سعيداً. أما الصفراوي فهو انسان عدواني وسريع الانفعال، ومحب للثناء والمظاهر والابهة...

** لا يعني هذا بالطبع أن « بافلوف » هو صاحب الفضل الرئيسي في نشأة الاهتمام بأساليب التفكير. بقدر ما يعني أنه لم يغفل الانتباه لهذه العوامل ودورها في توجيه السلوك الانساني بغض النظر عن تأثير المواقف والتشريطات الخارجية.

« بافلوف » من جديد إلى وجود فروق فردية بين أفراد بني البشر من حيث تنوع عمليات الجهاز الاشاري. فبعض الاشخاص ينشط لديهم الجهاز الاشاري الاولي ويسميهم بافلوف بالنمط الفني، أي الذين يهتمون بالرؤى المباشرة، والاصوات، والبعض الآخر ينشط لديهم الجهاز الاشاري الثانوي ويسميهم بافلوف بأصحاب النمط الفكري.. وهؤلاء تزداد مهارتهم في استخدام اللغة والرموز. وإذا توازن نشاط هذين الجهازين تحدث الدرجات المتوسطة من الاشخاص الذين يوازنون بين استخدامهم للرموز والتعبير، واستخدامهم للرؤى والاصوات المباشرة[١٠].

ويعود الفضل لقلة أخرى من علماء النفس الفيزيولوجي الروسي ممن لحقوا بـ(بافلوف) لاثبات أن الكلمات وحدها قد تثير استجابات انفعالية حادة. فعلى سبيل المثال لاحظ واحد منهم[١١] أن الاستجابات الفسيولوجية لدى مجموعة من الاشخاص عند استماعهم لكلمات مرتبطة بالالم (مثل كلمة ألم، أو أنين، أو أذى) لا تختلف عن الاستجابات المصاحبة للمواقف الفعلية التي تعبر عنها هذه الكلمات.

وقد اتخذ عالمان أمريكيان[١٢] من النظرية السوفيتية منطلقاً لتكوين نظرية في العلاج النفسي تقوم على استخدام العمليات العقلية العليا. فمن رأي « دولارد » و « ميلر » - صاحبا هذه النظرية - أن قدرة الانسان الخاصة على استخدام اللغة والاستدلال الرمزي تجعل استجاباته لكثير من المواقف المحيطة به متوقفة على تفسيره إياها أو على الرموز التي تحملها له. ولهذا فهما يريان أن استجاباتنا الانفعالية يمكن ادراكها على أنها استجابة للطريقة التي يدرك بها الشخص موقفاً معيناً وليس بالضرورة لخصائص موجودة في الموقف ذاته.

وسأكتفي بذكر عدد قليل من التجارب التي تبين أن الشخص يمكن أن يستثير نفسه انفعالياً في اتجاهات مختلفة كالحزن أو السرور، أو القلق، على حسب ما يقوله لنفسه أثناء أدائه لعمل ما، أو مواجهته لموقف معين، أو عند تفاعله مع أشخاص معينين. فلقد أمكن لأحد المجربين[١٣] أن ينجح في التأثير في الحالات المزاجية للشخص بتغيير محتوى العبارات التي طلب من الفرد أن يرددها أثناء اندماجه في نشاط معين. فعندما تكون العبارات ذات محتوى سار أو منشط مثل: (إنني سعيد وفخور بنفسي)، تظهر آثار انفعالية تختلف عما لو كان محتوى العبارة ذا شكل اكتئابي أو حزين (إن حياتي مليئة بما يكفيها من متاعب).

ومن الطريف أنه تبين أن الاستثارة في الجهاز العصبي تزداد وترتفع عندما يطلب من الشخص أن يفكر في موضوعات ذات طابع مثير جنسياً، بينما ينخفض النشاط وتقل

الاستثارة عندما يطلب من الشخص أن يتخيل أنواعاً هادئة من النشاط والتخيلات. وقد ثبت في دراسة تجريبية[14] أنه يمكن استثارة الخوف بتخيل مواقف كريهة، أو ضارة في موقف معين.

وهناك ملاحظات تأتينا من مجال التمثيل المسرحي تبين أن الممثل تنتابه مشاعر مختلفة بحسب العبارات التي يرددها لنفسه فوق خشبة المسرح... فهو يغضب غضباً حقيقياً، ويحنق، ويفرح بحسب اتجاه الحوار، أو المونولوج الداخلي الذي يردده على خشبة المسرح.

ونعرف من بحوث التعصب أن التعصب ضد الزنوج وغيرهم من الاقليات يتضاءل إذا ما عرف الشخص معلومات دقيقة عن موضوع التعصب. ففي دراسة عن التعصب ضد الزنوج تبين أن مرتبة الزنوج وقيمتهم ترتفع ويزداد تقبلهم إذا ما اطلع المتعصبون على معلومات عن دور الزنوج في بناء الحضارة الانسانية. وتاريخهم ومساهماتهم في التطور الاجتماعي[15].

وتحمل بحوث الشخصية الحديثة أدلة مماثلة قوية على تأثير الاتجاهات العقلية وعمليات التفكير والابداع على توافق الشخصية. فقد تبين مثلاً أن الشعور بالقلق في المواقف الاجتماعية والمخاوف الشديدة غير الواقعية من الامتحانات يرتبطان ارتباطاً قوياً بوجود اتجاهات وأفكار لا منطقية نحو هذه النشاطات.. فالشخص يرى المواقف الاجتماعية والامتحانات مهددتين له، ويبالغ في ادراكها على أنها مقياسان لقيمته وقوته.

كذلك تبين أن بعض الافراد يتبنون معتقدات خاطئة تدفعهم للبحث عن تأييد الآخرين، وتوقع اتفاقهم معه فيما يقول أو يفعل. ومثل هذا النوع من الاشخاص غالباً ما يعاني من الاضطرابات الانفعالية عندما يتخيل نفسه في موقف يرفضه الآخرون فيه، أو عندما يتعرض لرفض حقيقي.

وقد تبين في عدد من الدراسات لكاتب هذه السطور[16] أن القلق والتوتر النفسي يرتبطان بعدد من الخصائص ذات الطابع المعرفي منها:

١ - التطرف في الاحكام: فالاشياء اما بيضاء أو سوداء. أي أن الشخص القلق والمتوتر يفسر المواقف باتجاه واحد.. وهذا فيما يبدو ما يسبب له التعاسة والقلق، لأنه يوجه اهتمامه لجزء محدد من تفسير الوقائع دون استخدام تفسيرات أخرى تنتشله من أسر الاستجابات العصابية.

٢ - كذلك يميل العصابيون إلى التصلب، أي مواجهة المواقف المختلفة المتنوعة بطريقة واحدة من التفكير.

٣ - وهم يتبنون أيضاً اتجاهات ومعتقدات عن النفس والحياة لا يقوم عليها دليل

منطقي كالتسلطية، والجمود العقائدي، مما يحول بينهم وبين الحكم المستقل، واستخدام المنطق بدلاً من الانفعالات.

٤ - وهم يميلون للاعتماد على الاقوياء، ونماذج السلطة، وأحكام التقاليد، مما يحولهم إلى أشخاص مكفوفين وعاجزين عن التصرف بحرية انفعالية عندما تتطلب لغة الصحة النفسية ذلك.

فاضطرابات الشخصية بأشكالها المختلفة عادة ما تصحبها إذاً طرق غامضة متناقضة من التفكير عن الذات وعن البيئة. ولهذا فيجب أن تعتمد سياسة العلاج النفسي على تغيير مفاهيم المريض، حتى يتيسر له التغيير في سلوكه المضطرب.

ومن البحوث التي نشرت في هذا الميدان مجموعة دراسات كان هدفها تقييم أساليب مختلفة من العلاج مع مقارنتها بعضها ببعض. وانتهى عدد من هذه البحوث إلى إثبات أنه يمكن تخفيض القلق العام، والقلق من مواقف محددة كالامتحانات، والدخول في علاقات اجتماعية، إذا ما علمنا المرضى أن يعدلوا من طرقهم الخاطئة في التفكير.

أضف إلى ذلك النتائج المتعلقة بدراسة تأثير القيم والمعتقدات على الشخصية الانسانية. فمن المسلمات الرئيسية في هذا الاتجاه أن المعتقدات والقيم المنطقية (التي تتكون بالاعتماد على وجود حقائق واقعية وصادقة) غالباً ما تؤازر ظهور التكامل، والتوافق والابداع، والدافع لمواصلة الجهد في العمليات العقلية. أما القيم أو المعتقدات اللامنطقية (أي التي لا تقوم على الحقائق أو أدلة واقعية) فغالباً ما تؤدي إلى المبالغات الانفعالية كما تقلل من دوافعنا أو تشوه من وجهتها. لهذا فعندما يتغير البناء الاساسي لقيم الفرد يتغير أيضاً وجدانه وأسلوبه في التوافق الفعال*.

نكتفي بهذا القدر من البراهين وننتقل الآن إلى مناهج العلاج التي تعتمد على التعديل من طرق التفكير، ثم أساليب ذلك.

علاقة أساليب التفكير والاعتقاد باضطرابات الشخصية والسلوك

بالرغم من تعدد مناهج العلاج السلوكي المعرفي، فاننا سنحاول هنا أن نعرض ونقدم منهجاً في التعديل المعرفي يقوم على التكامل والتوفيق بين وجهات النظر المختلفة.

* من أمثلة القيم اللامنطقية تلك التي يكون محورها الاعتماد على قوة خارجية، ثروة أو سلطة.. أو تقاليد تمنح السعادة والنجاح.. ومن أمثلة القيم المنطقية تلك التي تقوم على ادراك واقعي لقيمة الذات وقوتها مثل قيم الانجاز والابداع والقيم الجمالية.

والفكرة الرئيسية التي تعتمد عليها أساليب تعديل التفكير ترى - فيا ذكرنا - أنه لا يمكن الفصل بالنسبة للسلوك الانساني بين جوانب التفكير والانفعال والسلوك أو الفعل.

جميع هذه الجوانب تتفاعل فيا بينها ويكمل بعضها بعضاً. بعبارة أخرى فانني لا أستطيع القول بأن الانسان منفعل فحسب، لأن الانسان وهو في قمة الانفعال يفكر بطريقة معينة، كما أنه يترجم انفعالاته إلى أفعال ونشاطات خارجية. وبالمثل فالقيام بعملية تفكير في حل مشكلة معينة - مثلاً - تصحبه جوانب انفعالية متعلقة بالموضوع الذي أفكر فيه.. فضلاً عن ظهور جوانب حركية وسلوكية تصاحب عملية التفكير والانفعال بالموضوع. وعندما يسلك انسان معين نتيجة لمنبه خارجي، فان التفكير يتوسط بين ظهور هذا المنبه والاستجابة له. فالتفكير إذاً يكون بمثابة همزة الوصل بين الاستجابة (انفعالية أو حركية)، والموقف الذي يسببها.

والاضطراب الانفعالي بهذا المعنى ليس حالة وجدانية منعزلة، بل انه عبارة عن جوانب متكاملة ومتفاعلة من النشاط السلوكي الداخلي (فكري) والخارجي (حركي) الذي وإن بدت مظاهره متنوعة، فانها في الحقيقة مترابطة ومتلاحمة.

لهذا فمن الممكن - نظرياً - ضبط الانفعال بأكثر من طريقة. إذا كنت أشعر مثلاً باستثارة انفعالية (قلق أو خوف، أو اكتئاب) نتيجة لموقف معين، فان من الممكن تهدئة انفعالنا وضبطه بطرق مختلفة. يمكن مثلاً ضبط المظهر السلوكي للانفعال.. كضبط الخوف باستبداله باستجابات ملائمة عن طريق الاسترخاء أو التطمين أو تأكيد الذات، أو العقاقير المهدئة. وما ذكرناه في الفصول السابقة حتى الآن يعتبر نموذجاً - أو نماذج - لضبط الجوانب السلوكية للانفعالات والاضطرابات.

لكن من الممكن أيضاً ضبط الانفعال من خلال المناقشة المنطقية مع النفس، أو مع شخص له في النفس مكانة خاصة بحكم الخبرة والمعرفة (كالمعالج، أو الاخصائي النفسي، أو صديق.. إلخ). وبهذه الطريقة نحاول أن نغير من اتجاهنا الذهني على أمل أن يؤدي هذا التغيير إلى تغيير في حالتي الانفعالية.

بعبارة أخرى، فان التفكير والانفعال والسلوك أشكال متلاحمة. ومن الخطأ القول بأن تغيير الانفعال وحده يؤدي إلى تغيير التفكير، أو أن تغيير التفكير يؤدي إلى التغيير في الانفعال، لأن تغيير التفكير يؤدي إلى التغيير في الانفعالات والعكس أيضاً صحيح. إن جانباً كبيراً من الانفعالات فيا يرى واحد من المعالجين المعاصرين:

« ... لا تزيد عن كونها أنماطاً فكرية متحيزة، أو متعصبة، أو تقوم على التقييم الشديد... إن التفكير والانفعال متلاحمان ويتبادلان التأثير في علاقة دائرية، بل انهما في

كثير من الاحيان يصبحان شيئاً واحداً بحيث يحكم ما يقوله الفرد لنفسه عند حدوث شيء معين الصبغة الانفعالية التي ستبرز ».

وفي الممارسة العلاجية الحديثة من الضروري على المعالج السلوكي أن يعرض نفسه لخبرات متنوعة ونماذج متعددة من الاساليب التي تمكنه من تعديل السلوك، والانفعال، وطرق التفكير على السواء. والمعالج المعرفي السلوكي يحتاج أكثر من غيره من زملاء العلاج السلوكي التقليدي أو التحليل النفسي إلى الاطلاع والابتكار في ميادين بحث تغيير الاتجاهات والانماط الفكرية والمعتقدات، ما أمكنه ذلك.

الاساس المعرفي للسلوك في معادلة مبسطة:

إذا افترضنا - فيما يرى البرت اليس Ellis من نيويورك[١٧] أن حادثة معينة: أ (وفاة قريب، طلاق، فشل في امتحان، إهانة من شخص غريب، الفصل من العمل)، قد أثارت استجابة انفعالية: ت (حزن - قلق - أو سرور.. إلخ) فان حدوث الحادثة أ ولو أنه يعتبر مثيراً للحالة الانفعالية الناتجة (ت)، لا يعتبر في الحقيقة هو السبب الرئيسي لهذه الاستجابة. ذلك لأن الاستجابة الانفعالية قد تختلف نتيجة لطريقة ادراكي وتفكيري في هذه الحادثة، وأساليب اعتقاداتي عنها، أي: ب. إنها إذاً ليست أ (الحادثة) هي التي أدت إلى ت (الاستجابة الانفعالية)، بل هي ب (طريقة ادراكي وتفكيري في الحادثة) هي التي تعتبر مسؤولة عن إبراز هذه الاستجابة.

لهذا فان شعورنا بالاكتئاب أو الحزن المرضي الشديد (ت) إثر تحقيق هدف معين، أو خسارة شخص عزيز (أ)، لم ينشأ إلا نتيجة لما أنسجه من تصورات سوداء حول هذه الخسارة (ب) (تصوري مثلاً بأن الفشل شيء فظيع وغير محتمل ويثبت بأنني إنسان ضئيل الاهمية أو غبي أو وحيد.. إلخ).

لكن استجاباتنا الانفعالية لا تكون مريضة أو مضطربة على الدوام. فإزاء الفشل أو الخسارة في المثال السابق قد تكون الاستجابة الانفعالية ذات طابع ايجابي، بحيث أن الشخص قد يأخذ من هذا الفشل أو هذه الخسارة عبرة ويحاول أن يطرح من شخصيته أشياء أدت به إلى هذا الفشل، وأن يتبنى خطة جديدة تحاول أن تحقق له مزيداً من النجاح. هنا أيضاً تحكم الاستجابة الانفعالية الايجابية - مثلها مثل انفعال الاكتئاب السابق - بما سيقوله الشخص لنفسه وبما وطّد فكره عليه.. فقد يكون تفكيره ازاء الفشل بأنه: «شيء سيء حقيقة أن تكون الاشياء كما لا نشتهي لها أن تكون، ولكن علي أن أحاول بكل جهدي تغيير الظروف التي أدت إليها بحيث تكون الاشياء مستقبلاً مقبولة ومحتملة إلى حد ما ».

إذاً فوراء كل انفعال - ايجابي أو سلبي - بناء معرفي ومعتقدات سابقة لظهوره.

ولما كان السلوك أو الانفعال يتفاوتان من حيث السواء والمرض (.. بعض السلوك جيد وبعضه سيء، وبعض الانفعالات ايجابي وبعضها سلبي)، فان التفكير المصاحب أو السابق لهما يتفاوت أيضاً من حيث المعقولية واللامعقولية. بعبارة أخرى إذا كانت طريقة التفكير عقلية ومنطقية فان السلوك سيكون جيداً، والانفعال أيضاً سيكون ايجابياً ودافعاً لمزيد من النشاط والبناء، والعكس صحيح: إذا كانت طريقة التفكير لا معقولة ولا منطقيةفإن السلوك والانفعال كليهما سيكونان على درجة مرتفعة من الاضطراب. لهذا يميز المعالجون السلوكيون المعرفيون المعاصرون بين نوعين من المعتقدات:

١ - اعتقادات منطقية ومتعقلة، ويصحبها في الغالب حالات وجدانية ملائمة للموقف، وتنتهي بالانسان إلى مزيد من النضوج الانفعالي والخبرة والعمل البناء.

٢ - اعتقادات لا منطقية وغير متعقلة تصحبها الاضطرابات الانفعالية المرضية (كالعصاب والذهان وغيرها).

أما متى تكون الاعتقادات وأساليب التفكير منطقية ومتعقلة، فان هذا يتوقف على انسجامها مع أهدافنا العامة، وقيمنا الاساسية في الحياة، وتحقيق السعادة والفاعلية الاجتماعية، والابداع، والايجابية. وتعتبر المعتقدات وأساليب التفكير منطقية عندما لا تخدم توافقنا مع واقع، وتحكم علينا بالسلبية والهزيمة والانسحاب وبالتالي الشعور بالضآلة وعدم الفعالية.

ويقودنا هذا إلى ضرورة الالمام بأنواع الاساليب الفكرية والمعتقدات الخاطئة التي تؤدي إلى الاضطرابات الانفعالية وسوء التوافق.

معتقدات فكرية خاطئة*

من رأينا أنه يمكن تصنيف العوامل الفكرية المسببة للاضطراب النفسي والعقلي إلى فئتين من العوامل هما:

أ - عوامل متعلقة بمحتوى الافكار والمعتقدات.

ب - عوامل متعلقة بأساليب التفكير والمعتقدات.

أما **محتوى الافكار** أو المعتقدات فأقصد به مجموع وجهات النظر والافكار التي يتبناها الفرد عن نفسه وعن الآخرين، ومن المؤكد أنه يمكن الرجوع بالمرض النفسي

* عند الحديث عن معتقدات فكرية خاطئة لا نقصد الاشارة إلى الاخطاء بالمعنى المنطقي الذي يرد في دراسات المنطق والفلسفة، بل نقصد الجوانب الفكرية التي تسود لدى المضطربين واللاتوافقيين.

والاضطراب إلى عناصر من التفكير، والتصورات الخاطئة، والاتجاهات والقيم التي تسبب فيما يبدو الهزيمة إزاء أحداث الحياة.

يذكر أحد المنظرين للعلاج النفسي - في هذا المعنى - أن الانسان أي انسان يعتبر بشكل ما عالماً[17] وهو لا يعني بالطبع أن كل انسان يلبس معطفاً أبيض، أو يحمل شهادة ماجيستير أو دكتوراه، لكنه يرى بأن كل فرد، مثله في ذلك مثل العلماء، يتبنى ويعتنق عدداً من التصورات عن نفسه ومفاهيم عن الاشياء والآخرين. ويطلق كيلي - صاحب هذا الرأي - في مواقع أخرى أسماء مختلفة على هذه التصورات: فيسميها أحياناً المعتقدات، ويسميها أحياناً أخرى الفلسفة العامة للشخص.

لكن ما يفرق الفلسفة العامة أو مفاهيم الشخص حول نفسه وحياته عن آراء الفيلسوف أو العالم، هو أن فلسفة الشخص العادي قد تكون صادقة ومتسقة تحقق لصاحبها التوافق مع نفسه ومع الآخرين، وقد لا تكون كذلك.

وعندما يواجه الفرد أي موقف أو شخص فانه ينظر إليه ويتعامل معه وفق فلسفته العامة. فيشعر بالتهديد أو الطمأنينة، بالسلام أو الرغبة في مناصبته العداء، بالحب أو الكراهية، بالقلق أو الهدوء، بالاقبال أو الاحجام حسب ما تمليه عليه فلسفته العامة ومجموع وجهات نظره وتوقعاته عن الحياة والآخرين.

ولما كان العصاب يعبر عن اضطراب في المشاعر والانفعالات، فانه يجب أن يكون اذاً مرتبطاً أو ناتجاً عن أخطاء في محتوى الافكار والمعتقدات الشخصية للعصابي، أي ما نسميه بالافكار ووجهات النظر اللامنطقية.

«إذا كان الشخص العصابي أساساً انساناً يتصرف بطريقة أقل مما تسمح به امكانياته، أو شخصاً يهزم نفسه عند تحقيق أهدافه بالرغم من قدرته - نظرياً - على تحقيقها تحقيقاً سليماً، فانه يترتب على ذلك أن نقول بأنه يتصرف بطريقة غير متعقلة، ولا منطقية، وغير واقعية»[18].

الآن ما هو مجموع التصورات أو الفلسفات اللاواقعية، التي من شأنها إذا ظهرت لدى شخص معين أمكن القول بأنه شخص مضطرب نفسياً أو على وشك أن يكون كذلك أو أن نتوقع على الاقل بأنه سيتصرف بكفاءة أقل، وسيواجه الامور باستجابات سلبية كالغضب، أو الاكتئاب، وسيهزم نفسه من جراء هذا؟.

فيما يلي بعض الافكار التي تبين أن الشخص إذا ما قالها لنفسه عند مواجهة موقف معين فانها تؤدي به مباشرة إلى إثارة الاضطراب والهزيمة*.

* تجدر الاشارة إلى أن البرت أليس[8] يعتبر صاحب المبادرة الرئيسية في حصر وجهات النظر والأفكار اللامنطقية.

الفكرة الأولى

أفضل في كل هذه الحالات الفكرة القائلة أن من الضروري أن يكون الانسان محبوباً من الجميع ومؤيداً من الجميع فيما يقول وما يفعل، بدلاً من التأكيد على احترام الذات، أو الحصول على التأييد لأهداف محددة (كالترقية في العمل مثلاً)، أو تقديم الحب بدلاً من توقع الحب.

الفكرة الثانية

الفكرة القائلة أن بعض تصرفات الناس خاطئة أو شريرة، أو مجرمة، وأنه يجب عقاب الناس الذين تصدر عنهم هذه التصرفات عقاباً شديداً، بدلاً من الفكرة أن بعض التصرفات الانسانية غير ملائمة أو لا اجتماعية وأن الناس الذين تصدر عنهم هذه التصرفات أغبياء، أو جهلة، أو مضطربون انفعالياً.

الفكرة الثالثة

الفكرة القائلة أنها كارثة أو مأساة عندما لا تسير الاشياء كما نشتهي لها أن تكون، أو عندما لا تصبح الاشياء كما نتوقع لها، بدلاً من الفكرة أن من السيء أن تكون الاشياء كما لا نشتهي لها أن تكون، وأن علينا أن نحاول بكل جهدنا لتغيير الظروف أو ضبطها بحيث تكون الاشياء مقبولة إلى حد ما. لكن إذا كان تغيير المواقف السيئة غير ممكن أو مستحيلاً، فان من الافضل للشخص أن يمهد نفسه لقبول الاشياء وأن يتوقف عن تصويرها بأنها فظيعة وقاتلة.

الفكرة الرابعة

الفكرة القائلة ان شقاءنا وتعاستنا وعدم احساسنا بالسعادة نتاج لأشياء خارجية عنا: ظروف أو حظ أو أشخاص آخرين أو مكان معين، بدلاً من الفكرة أن جزءاً كبيراً من مصيرنا نحكمه نحن بآرائنا وتصرفاتنا.

الفكرة الخامسة

الفكرة القائلة انه شيء طبيعي أن يشعر الانسان بالقلق والتوتر عندما تحدث أشياء خطيرة أو سيئة، بدلاً من الفكرة أننا يجب أن نواجه مصادر الخوف والقلق بصراحة ونحاول أن نقلل من الآثار السيئة التي تترتب عليها. فإذا كان ذلك مستحيلاً فانه يمكن

للانسان أن يهتم بأشياء أخرى، ويتوقف عن تصور أن هذا الشيء خطير أو مخيف.

الفكرة السادسة

الفكرة القائلة ان من السهل والأحسن أن نواجه مصاعب الحياة ومسؤولياتها بالتجنب والانسحاب، بدلاً من الفكرة أن الحل السهل السريع هو حل قد يؤدي على المدى الطويل إلى آثار سيئة، وأنه يجب لهذا مواجهة المصاعب عندما تثور وليس البعد عنها وتجنبها.

الفكرة السابعة

الفكرة القائلة ان الانسان يحتاج لشيء، أو لشخص آخر أقوى وأعظم خبرة لكي يسانده ويساعده على تحقيق أهدافه في النجاح، بدلاً من الفكرة أن الاحسن كثيراً أن نعتمد على أنفسنا وأن نقف على قدمينا وأن نستمد ايماننا من أنفسنا ومن قدراتنا ومن قيمنا الخاصة عند مواجهة مصاعب الحياة ومشكلاتها.

الفكرة الثامنة

الفكرة القائلة ان الشخص يجب أن يكون قادراً دائماً على التحدي والمنافسة والتفوق والذكاء في كل الجوانب الممكنة، بدلاً من الفكرة أن من الممتع للنفس أن يكون الانسان متمكناً من شيء ما يتقنه ويستمد منه الاشباع وتحقيق الذات.

الفكرة التاسعة

الفكرة القائلة اننا نتصرف ونسلك بطريقة معينة بسبب آثار سيئة في تربيتنا في الماضي وأن الماضي قدر لا يمكن تجنبه، بدلاً من الفكرة أننا أصحاب مسؤولية أساسية عما يصدر منا من تصرفات وأن الماضي يمكن تجنب آثاره السيئة إذا ما عدلنا وجهات نظرنا وتصرفاتنا الحالية.

الفكرة العاشرة

الفكرة القائلة ان من الواجب أن يشعر الانسان بالتعاسة والحزن عندما يشعر الآخرون بذلك أو عندما تحيق بهم مشكلة أو كارثة، بدلاً من الفكرة أن الانسان يجب أن يتمالك نفسه إزاء مصائب الآخرين، لأنه سيكون أكثر فائدة لهم مما لو كان كئيباً أو مهزوماً مثلهم.

الفكرة الحادية عشرة

الفكرة القائلة ان السعادة البشرية والنجاح أشياء يمكن الوصول إليها دون جهد، بدلاً من الفكرة أن على الانسان أن يفعل شيئاً وأن يجاهد نفسه لخلق مصادر خاصة لسعادته وأنه بمقدار الجهد المبذول بمقدار ما تتحدد غاياته.

الفكرة الثانية عشرة

الفكرة التي تقول ان على الانسان أن يضع متطلبات صارمة على عمله أو أدائه أو تصرفاته.. وأنه من الفظيع أن يحيد عن المتطلبات، بدلاً من الفكرة أننا يجب أن نعمل لأننا نحب ما نعمله، وأن من الاحسن أن يكون ما نعمله مضبوطاً ودقيقاً في حدود امكانياتنا.

الفكرة الثالثة عشرة

الفكرة القائلة ان هناك مصدراً واحداً للسعادة وانها لكارثة إذا ما أغلق هذا المصدر أو فقد. بدلاً من الفكرة أن الانسان يستطيع أن يحقق سعادته من مصادر مختلفة، وأن يبدل أهدافه بأهداف أخرى إذا ما تطلب الأمر ذلك.

ولعل القارىء يحتاج لمثال يصور كيف تقوم هذه الافكار باثارة اضطراباتنا وكيف يمكن تحديدها من خلال المحاورة، والمثال الآتي يوضح جزءاً من جلسة علاجية بين شخص مصاب باكتئاب ومعالجه:

المريض: أحس اليوم بضيق شديد وأن الزملاء لم يعودوا يحبونني كما كانوا من قبل.

المعالج: تشعر بالضيق لأن زملاءك لا يحبونك؟.

المريض: نعم هذا صحيح. أليس شيئاً طبيعياً أن نشعر بالتعاسة عندما نفقد حب الناس يوماً بعد يوم؟.

المعالج: لا.. إنك لم تكن متضايقاً لهذا السبب.

المريض: لم أكن؟ ماذا تعني؟ ولكن هذا ما حدث.

المعالج: لا، إنني أصر. إنك تظن بأنك كنت تعيساً لهذا السبب.. ليس أكثر من ظن. بينما الأمر ليس كذلك.

المريض: فلماذا كنت قَرِفاً وضيقاً إذاً إن لم يكن لهذا السبب؟.

المعالج: إن الامر بسيط - بساطة الحروف الهجائية.. فـ(أ) - فيما أرى في حالتك - هي الحادثة التي أدت إلى عدم حب زملائك لك أو نفورهم منك.

دعنا نفترض أنك حاولت أن تلاحظ سلوكهم جيداً، وأنك ربما تكون قد توهمت أنهم لا يحبونك كالسابق.

المريض: أؤكد لك أنهم يكرهونني. إن الامر واضح بالنسبة لي وضوح الشمس.

المعالج: دعني أفترض أنهم يكرهونك ولا يحبونك، وأن عدم حبهم لك هو (أ).
والآن فان (ت) وهي استجابتك بالتعاسة والضيق هي ما حدث نتيجة لهذا.

المريض: هذا صحيح.. إني أتفق معك على هذا تماماً.

المعالج: جميل إذاً فـ (أ) هو موقف عدم حب الآخرين لك، و (ت) هي شعورك بالتعاسة. إنك ترى (أ) ثم تشعر بـ(ت) ولهذا تفترض أن (أ): عدم حبهم لك هو السبب في (ت) وهو اكتئابك وشعورك بالتعاسة. لكن (أ) ليست السبب في الحقيقة.

المريض: ليست السبب؟ فما هو السبب إذاً؟

المعالج: إنها (ب) وليست (أ).

المريض: وما هي (ب)؟.

المعالج: (ب) هو ما كنت تقوله لنفسك عندما كنت في الاجتماع مع هؤلاء الزملاء.

المريض: ما كنت أقوله لنفسي؟ لم أكن أقول لنفسي شيئاً إذ ذاك.

المعالج: لا لقد فعلت. لقد كنت تقول لنفسك شيئاً ما بكل تأكيد.. وإلا لما كنت شعرت بما شعرت به. لو أن الامر كان سقوط حجر ثقيل على رأسك أو شيئاً من هذا القبيل فشعورك له ما يبرره. لكن لم يسقط عليك حجر، ولم يحدث شيء يسبب الاذى الفعلي. إذاً فمن الواضح أن هناك شيئاً كنت تقوله لنفسك هو الذي أدى إلى إثارة شعورك بالاكتئاب.

المريض: ولكني أقول لك صادقاً وبكل أمانة بأنني لم أقل شيئاً.

المعالج: لقد قلت. دعنا نعود إلى اللحظة التي حدث فيها هذا الموقف، تذكر ما كنت تقوله لنفسك. وقل ماذا كان ذلك؟.

المريض: لقد..

المعالج: هه.

المريض: (بعد لحظة تفكير وتأمل) أعتقد أنني فعلاً كنت أقول لنفسي شيئاً ربما كنت أقول لنفسي شيئاً من هذا القبيل: انهم لا يحبونني. وان الكراهية تظهر في عيونهم.. إنه لشيء بشع لماذا يفعلون ذلك.. وكيف يجرؤون على ذلك معي أنا الذي أفتح

قلبي وأمنح وقتي لهم.

المعالج: بالضبط.. وهذا الذي كنت تقوله لنفسك هو (ب). هي (ب) دائماً أو ما تقوله لنفسك هو الذي يثير مشاعرك بالشكل الذي وصفته من قبل. إلا بالطبع في بعض الحالات المادية.. عندما يقع مثلاً شيء مادي أو محسوس حجر أو قطعة صلبة أو شيء من هذا القبيل يؤدي إلى أذى حقيقي. ولكن عدا ذلك من حوادث: كلمة من شخص، إيماءة، أو اتجاه، أو شعور ضدك فان ما يحكم النتيجة دائماً هو أنت. فإذا تركت هذه الكلمة أو الايماءة أو شعور الآخرين نحوك يسبب الاذى أو التعاسة فانك تكتئب لأنك سمحت بذلك، أي لأنك تقول لنفسك مثلاً أن هذا شيء فظيع وبشع ومأساوي، وهذا هو ما أعنيه بـ (ب).

المريض: وماذا أفعل إذاً؟.

المعالج: سأبين لك بالضبط ماذا تفعل. أريد أن تحضر مع زملائك كل الاجتماعات ما أمكن سواء كانت رسمية أو غير رسمية. إن لم تكن توجد اجتماعات: اخلق لقاءات بينك وبينهم. ولكن حاول في هذه المرة بدلاً من أن تجعلهم يحبونك أو يتصورون بأن كل كلمة تقولها تدل على أنك انسان خطير الشأن - بدلاً من هذا أريدك أن تقوم بشيء بسيط.

المريض: وما هو؟.

المعالج: أريدك أن تلاحظ مجرد ملاحظة وأنت معهم ما تقوله لنفسك عندما يظهر عدم حبهم أو اهمالهم لك. لاحظ حديثك الصامت والعبارات الداخلية التي تفسر بها استجاباتهم لك أو اهمالهم. هل تستطيع أن تفعل ذلك؟.

المريض: لا أعتقد أن هذا شيء عسير. ملاحظة ما أقوله لنفسي وحواري الصامت معها عندما ألاحظ كراهية الآخرين.

المعالج: نعم، هذا هو كل ما نريده في الوقت الحالي.

«وفي الجلسة التالية دار هذا الحوار:

المعالج: هل فعلت ما اتفقنا عليه؟

المريض: نعم. لقد كان كل شيء يدعو للهزيمة.. كل ما كنت أقوله لنفسي هو عبارات من الرثاء لذاتي.. لا شيء أكثر من الرثاء الحالي.

المعالج: بالضبط رثاؤك لذاتك، ولا شيء أكثر من هذا لا غرابة إذاً أن تكون تعيساً ومكتئباً بهذا القدر. دعنا الآن نرى ما إذا كان يمكن أن نغير من ذلك، وأن

نبدل من سلوكك الذهني الذي يسبب هزيمتك. لنر كيف أنك يمكن أن تنتشل نفسك من هوة هذا الاضطراب والهزيمة »[1].

وسنرى فيما بعد الاساليب التي يمكن استخدامها للاستعاضة عن الافكار اللامنطقية بأفكار أخرى منطقية وأساليب تعديل السلوك الذهني بشكل عام. أما الآن فيبقى أن نشير إلى الاساليب الاعتقادية والذهنية العامة التي تساهم بدورها في احداث الاضطراب.

أساليب أخرى من التفكير الخاطىء غير الفعال

عند التفكير في حل مشكلة معينة أو فهمها، تحدث أخطاء في الفهم والتفسير مما يشوه صورة الواقع وبالتالي يثير الاضطرابات السلوكية من هذا:

المبالغة:

وتتمثل في الميل للمبالغة في ادراك الاشياء، أو الخبرات الواقعية، واضفاء دلالات مبالغ فيها كتصور الخطر والدمار فيها. ومن الثابت أن المبالغة في ادراك نتائج الاشياء يميز الاشخاص المصابين بالذات بالقلق. فتفكير الشخص في حالات القلق يتميز بالمبالغة في تفسير الموقف مما يؤدي إلى إثارة مشاعر الخوف والتوتر. فهو دائماً يتوقع الشر لنفسه، ولأسرته، أو لممتلكاته، أو يتوقع الخوف من فقدان مركزه أو وظيفته والاشخاص المهمين في حياته وربما لا توجد أسباب لذلك. والشخص القلق يبالغ في تصور خبرات (قد تكون محايدة) في علاقاته بأصدقائه، أو أقاربه، أو رؤسائه فيدركها على أنها مهينة أو محبطة.

وإذا كانت المبالغة والتضخيم من الاشياء الخاطئة لأنها تثير القلق والجزع، فان العكس غير صحيح، أي أن التقليل من المخاطر الواقعية قد تكون له أيضاً نتائج انفعالية سلوكية مماثلة. فالتقليل من المخاطر الفعلية غالباً ما يؤدي إلى الاندفاع وتكرار التجارب الفاشلة. كما قد يؤدي إلى تخفيض الدافع إلى مواصلة الجهد والانجاز.

ومن المؤكد أن مجاهدة النفس على الادراك الموضوعي للواقع (دون مبالغة أو تقليل) يعتبر بمثابة الوسط الذهني الذي يمنح الانسان القدرة والبصيرة على التوجيه الفعال لمشاعره وسلوكه.

التعميم:

يلاحظ برتراند راسل أن اليقين المطلق من أعدى أعداء التفكير البشري المنطقي ويكتب:

« إن البعد عن المطلقات يعتبر - في نظري - من الاشياء الجوهرية للتعقل والتفكير المنطقي ».

وكذلك يلاحظ فؤاد زكريا أن:

« اليقين كثيراً ما يكون مضللاً.. وأننا لنلاحظ في تجربتنا العادية أن أكثر الناس يقيناً هم عادة أكثرهم جهلاً »[٢٠].

وفي مجال علم النفس من الثابت أن الميل للتعميم من الجزء إلى الكل يعتبر من العوامل الحاسمة في كثير من الامراض الاجتماعية كالتعصب القومي، والتعصب الدولي والعدوان. فكثير من الخصائص السلبية التي ننسبها لجماعة معينة لكي نبرز تعصبنا نحوها قد يكون في الحقيقة تعميماً خاطئاً لخبرة سيئة مع فرد ينتسب لهذه الجماعة. ولهذا ليس من النادر أن نجد كثيراً من الذكور الذين مروا بخبرة سيئة مع واحدة من الجنس الآخر غالباً ما يرددون: لا تثق في المرأة. والعكس صحيح، فكثير من النساء يرددن « الرجال جميعاً سواء ». ومثل هذه التعميمات تكون بداية لظهور بذور سوء التوافق أو علامة له.

والتعميم أسلوب من التفكير يرتبط بكثير من الانماط المرضية، خاصة الاكتئاب والفصام.

فالمكتئب غالباً ما يعمم الخبرات الجزئية على ذاته تعميماً سلبياً. فتوجيه نقد غير مقصود له قد يعني عنده: « انني انسان فاشل لا يحسن التفكير ». وفشله في تحقيق هدف ولو جزئي قد يعني لديه « انني انسان عاجز عن تحقيق آمالي في الحياة ». وبعد صديق أو رفيق عنه قد يعني « بأنني بدأت أخسر كل أصدقائي ». وإذا حدث وأن رئيسه أو زميلاً من زملائه قد نسي أن يبادله التحية فإذاً « انني انسان مكروه وغير مرغوب فيه ».

وكثير من الأشخاص الفصاميين خاصة الذين تتملكهم هواجس العظمة أو الاضطهاد يستخدمون هذا الاسلوب المشوه من التفكير. فقد يحدثك الشخص في هذه الحالات بأن مخابرات الدولة تعمل ضده بدليل أنه رأى في الصباح الباكر شخصاً يسير بجوار منزله وهو يختلس النظر إلى مدخل حجرته.

ويعتبر التعميم الخاطىء أيضاً من العوامل الحاسمة في اكتساب المخاوف المرضية. وقد لاحظنا من قبل في حالة الطفل « البرت » أن خوفه من الفأر قد تعمم على كل الحيوانات ذات الفراء، فأصبح يخاف من الارانب والفئران والقطط وغيرها.

ولما كان المعالج النفسي المعرفي يقدر دور هذا العامل في المساهمة في اضطرابات البشر، فان عليه أن يؤكد باستمرار لمريضه بأنه لا يوجد شيء أكيد تماماً، وإنما قد يكون مرجحاً بدرجة قليلة أو كبيرة.

الثنائية والتطرف:

يميل بعض الاشخاص لادراك الاشياء اما بيضاء أو سوداء، حسنة أو سيئة خبيثة أو طيبة، صادقة أو خاطئة، دون أن يدركوا أن الشيء الواحد الذي قد يبدو في ظاهر الامر سيئاً، قد تكون فيه أشياء ايجابية، أو يؤدي إلى نتائج ايجابية. ويطلق الباحثون في علم النفس على هذه الخاصية من الشخصية مفاهيم مثل النفور من الغموض أو تصلب الشخصية. وقد أشرنا من قبل إلى عدد من الدراسات التي قمنا بها في البيئة العربية. والتي بينت أن هذه الخاصية من التفكير ترتبط بسمات لا توافقية كالتعصب، والتسلط والتوتر، والقلق. وتتفق هذه النتائج مع بحوث الغرب، وبحوث عربية أخرى.

وفي ميدان العلاج النفسي يمكن أن نكتشف هذه الخاصية بسهولة في تفكير المضطربين. ولهذه الخاصية تأثير سيء في العلاقات الاجتماعية، كسوء التوافق بين الازواج. فإذا كان الزوج والزوجة يميلان بنفس القدر إلى هذا النوع من التصلب، فان الصراع وسوء التوافق بينهما يعتبران نتيجتين مرجحتين.

وتمتلىء عبارات المضطربين وكلامهم بكلمات مثل «مطلقاً»، و «من المستحيل»، و «دائماً»، و «بالمرة». وقد نجد عبارات منتشرة في حالات سوء التوافق مثل:

- هذه المرأة لا تطاق بالمرة.
- زوجي لا يفكر إلا في نفسه.
- لا أرى على الاطلاق فائدة فيما أقوم به.
- حياتي لا يقبلها أحد.
- أحب أعمالي أن تكون كاملة وتامة.
- حياتي تفتقد بالمرة عنصر الحب.
- العالم الذي أعيشه عالم ظالم وغير منصف على الاطلاق.
- لم أحاول اطلاقاً أن أفعل أشياء لست متأكداً من نتائجها.

ولا شك أن حالات كثيرة من الضيق والاكتئاب قد تتملك المرء إذا ما كان يعتنق إزاء الاشياء التي تواجهه آراء يقينية عن سوء نتائجها بالنسبة له، وذلك كالطالب الذي يحزن لأنه حصل على جيد جداً عندما يرى أن الحصول على أقل من ممتاز يعتبر بالنسبة له مقياساً مطلقاً لقيمته وذكائه. لذلك نجد أن كثيراً من النجاح في العلاج النفسي يتبعه اختفاء للطموحات المطلقة، أو نزعات الكمال المتطرفة... إلخ.

وفي تحليل الاضطرابات الوجدانية[21] كالغضب، والاكتئاب، والعصاب نجد أن عامل التطرف من العوامل الهامة في إثارة هذه الاضطرابات. فعندما يقول الفرد لنفسه «انني

انسان فاشل بالمرة ولا نفع فيَّ »، قد تصيبه مباشرة مشاعر الاكتئاب والسلبية والتقاعس، بينما عبارة يقولها الأب لابنه (أو لابنته) لأنها تأخرت نصف ساعة في العودة لمنزلها: « إنك ستدمرين الاسرة »، قد تثير لديه هذه العبارة وهو يقولها مشاعر الجزع والغضب. وبالمثل قد تحرك الزوجة في نفسها مشاعر الغيظ والكراهية عندما تقول لزوجها مثلاً « ما من امرأة تقبل أن تعيش معك »، أو « إنك انسان لا تطاق ولا تفكر إلا في نفسك ».. وهكذا.

ويرتبط بهذا الاسلوب، أسلوب آخر خاطىء من التفكير يمكن أن نطلق عليه مفهوم **التجريد الانتقائي**. كأن يعزل الشخص خاصية معينة من سياقها العام، ويؤكدها في سياق آخر. فالشخص قد يعزف عن التقدم لعمل جديد مناسب، لأنه رفض في عمل سابق لأسباب لا علاقة لها بامكانياته ومواهبه وبما يتطلبه العمل الجديد. والطفل الذي قد تبعده معلمته عن المساهمة في نشاط حركي بسبب ضعف في ساقه، قد يعزف عن المساهمة في أي نشاط اجتماعي آخر لأنه يشعر أنه غير محبوب لعجزه عن اللعب مثل غيره.

والتجريد الانتقائي من الاخطاء التي تشيع في أفكار المكتئبين. فقد تبين[22] أن المكتئب يركز على جزء من التفاصيل السلبية ويتجاهل الموقف ككل... فهو يعود للمنزل بعد حفلة أو لقاء، ولا يذكر من هذا اللقاء إلا أن فلاناً تجاهله، وفلاناً قاطعه في الكلام، وأنه كان يجب أن يقول كذا، وأن لا يقول كذا.. إلخ.

أخطاء الحكم والاستنتاج:

في الكثير من حالات القلق والاكتئاب والعدوان يكون السلوك ناتجاً عن خطأ في تفسير الحادثة بسبب عدم توافر معلومات معينة، أو سياق مختلف. فالفصامي قد يثور على طبيبه لأنه يتصور أنه متواطىء مع بقية العاملين في محاولة السيطرة عليه وعلى تصرفاته. والشخص الذكي قد يتصور أنه ضعيف الفاعلية وأقل ذكاء لأن حكمه على ذاته غير دقيق ربما لأنه نشأ مع أخوة ذوي ذكاء مماثل ويكثرون من نقده. وقد نثور على انسان معين بالغضب والعدوان على اعتقاد أنه يقوم بالوشاية والتعريض لأننا نجده يتحدث مع شخص آخر إثر مشادة معه. وقد تكون إحدى الفتيات على قدر لا بأس به من الملاحة وحسن الصورة، ولكنها تنشأ وهي تعتقد أنها غير جملية ولا تتوقع الحب من أحد لأنها نشأت مع أخت أو قريبة أكثر جمالاً ومرحاً منها.

وتسود هذه الاخطاء بشكل خاص لدى المصابين بالاكتئاب. فمن المعروف[23] أن المكتئب يرتكب هذا الخطأ المنطقي عندما يرى في حيرة أو موقف مصدراً للانزعاج، أو « الاقلال من الكرامة ».. أو « تقليل الشأن »، عندما لا يكون هناك من الدلائل ما

يدعوه لهذا الاستنتاج والحكم.

أساليب فعالة في تعديل طرق التفكير المرضي

سوف نعرض باختصار في الفقرات التالية بعض الاساليب الحديثة في تعديل الطرق الخاطئة من التفكير كما عرضنا لها في الصفحات السابقة. وينبغي أن نعترف في الحقيقة بأن التركيز على الحالات الداخلية (طرق التفكير والمعتقدات) قد أضاف امكانيات متعددة لتغيير السلوك، وأدى إلى استبصارات متعددة في استخدام الاسلوب العلمي في علاج الشخصية. فلقد أوضحنا في الصفحات السابقة أن الناس يحولون أنفسهم إلى مضطربين ومرضى بسبب وجود عادات سيئة من التفكير الخاطىء، وسلسلة من المعتقدات التي لا تقود إلا إلى هزيمة الذات. لهذا فمن الضروري أن يتبنى المعالج دوراً ايجابياً قوياً مع مريضه. وقد رأينا في المثال الذي تعرضنا له من قبل أن المعالج يساهم بايجابية في تقديم التفسير لمريضه، وفي القيام بطريقة مباشرة بمساعدته على استنتاج الافكار الداخلية (اللامنطقية) التي كانت تسيطر عليه عندما كان يلتقي بزملائه أو يتفاعل مع الآخرين.

ومن المسلمات في نظريات العلاج المعرفي أن جزءاً كبيراً من اضطراب سلوكنا يتم بفعل تفكيرنا الخاطىء. **لكننا أيضاً نفكر بطريقة خاطئة لأننا لا نعرف الطريقة الصحيحة من التفكير**. فجزء كبير إذاً من وجهات نظرنا، ومعتقداتنا الخاطئة ونقص التفكير السليم ينتج عن أننا لم نتعلم - أو لم يعلمنا أحد - كيف يكون التفكير السليم. لهذا نجد أن أساليب علاج المسالك الذهنية هنا ينحو نحواً عقلياً وتربوياً. ويؤكد « البرت اليس » - كما أكد من قبله « أدلر » - أن العلاج يجب أن يتضمن عملية **اعادة تربية**، وضرورة التحاور مع المريض بكل الضروب المنطقية من الحوار لكي نبين له الجانب الخاطىء في تفكيره، مع دفعه مباشرة إلى استنتاج الطرق الصحيحة وتطبيقها.

والدحض المستمر للأفكار الخاطئة مع الاقناع يساعد على كشف أن طرق تفكيرنا السابقة لم تعد تجدي. ولهذا فاننا باستمرارنا في تبنيها لا نكرر اضطراباتنا وأخطاءنا بحذافيرها فحسب، بل اننا سنعمل على زيادتها وقوة تأثيرها. وتبين بحوث علماء النفس الاجتماعي أن الاقناع من خلال الاساليب التربوية والمحاضرات والمناقشات يؤدي إلى تعديل واضح في الاتجاهات العنصرية ويقلل من التعصب. ولهذا تقوم في الولايات المتحدة مجهودات شاملة في كثير من المدارس على اعطاء معلومات عن الاقليات. ذلك لأن من المعروف أن الذين يعرفون أشياء أكثر عن جماعة أو أقلية ما يقل عدوانهم وتقل كراهيتهم لتلك الاقلية، ومن ثم فان التغيير في المعرفة غالباً ما تنعكس آثاره في مجال الفعل والشعور

وشيء من هذا القبيل يحدث في حالة الاضطرابات الفكرية ، فكلما ازداد وعينا وتبصرنا بأن هناك بدائل فكرية صحيحة ، ازدادت جاذبية تلك الافكار الصحيحة واحتمال تبنيها كأسلوب دائم وجديد في الشخصية.

ومن المهم هنا أن نشير إلى النتائج التي تثبت فاعلية الاقناع والدحض في تغيير الاتجاهات دلائل قوية ويستخدمها الناس في مجالات اجتماعية مختلفة . بل ان قيمة بعض أساليب التأثير في الرأي العام كالدعاية ، والاعلام والاحاديث الاذاعية تكتسب أهميتها بسبب تأثيرها على عمليات التفكير السابقة . وعندما يحاول المعالج ، أو الاستاذ ، أو الموجه أو أي شخص آخر اقناع شخص معين بأن يتخلى عن أفكاره الخاطئة ومعتقداته المشوهة عن النفس وعن الاشياء ، وأن يتبنى أفكاراً أكثر فائدة وأقل مدعاة للهزيمة الذاتية ، فان من السهل لا أن نتبنى أفكاراً جديدة ونافعة فحسب ، بل ان فاعلية الانسان الاجتماعية تزداد ، وتتحسن قدراته على التوافق.

وثمة خاصية أخرى من خصائص الاتجاهات الجديدة في علاج طرق التفكير والمعتقدات ، وهي تعليم الاشخاص **طرقاً جديدة لحل مشكلاتهم العاطفية والسلوكية**. فمن الممكن أن نتصور أن الاضطراب يحدث عندما نفشل في مقابلة تحديات التوافق في المجتمع ، وفي استخدام امكانياتنا ، أو نقاط قوتنا بفاعلية . لهذا فتنمية القدرة على حل المشاكل وتعليم أن هناك طرقاً بديلة للوصول للأهداف ، مع فهم دوافع الآخرين ، ومحاولة أن نبين للشخص أن كل موقف يختلف عن غيره من المواقف ، قد تساهم أيضاً في عملية الاستبصار وزيادة الفاعلية الشخصية.

لكن الاستبصار - كما لاحظنا آنفاً - قد لا يؤدي إلى تغيير مباشر في السلوك. فالقول بأن اكتساب الاستبصار يؤدي تلقائياً إلى التغير في السلوك ، ما هو إلا افتراض يصح في بعض الحالات ويخطىء في البعض الآخر ، لهذا فمن الضروري أن نساعد الشخص على توظيف أفكاره الجديدة المنطقية حالما تحدث ، وذلك بدفعه وبتكليفه **بواجبات منزلية** Home - work يسعى الشخص من خلالها إلى ممارسة أفكاره المنطقية عمداً وفي مواقف حية . لهذا فقد يوصي المعالج مريضه - كما رأينا في حالة الشاب التي أشرنا لها آنفاً - أن يقوم بتأمل ما يقوله لنفسه في موقف معين . وتبين الممارسة العلاجية أن محاولة خلق مواقف حية .. وإرغام أنفسنا على الدخول فيها باتجاهات عقلية مختلفة يساعد على التغيير في الجوانب الفكرية ، والسلوكية ، والوجدانية على السواء - فالشخص الذي يعزف عن الاتصال الاجتماعي ، لسبب الخجل مثلاً ، يمكن أن يشجع على تعمد الدخول في مواقف حية كانت تسبب له الارتباك من قبل : مثل مبادرة أحد أفراد الجنس الآخر الحديث عمداً ، أو النقد المتعمد لرأي زميل أو رئيس ، أو تعمد رفع الصوت في

المناقشات، أو الدخول إلى الاماكن العامة، كمحلات البيع، مع المجادلة مع الباعة عن الثمن ونوع البضاعة. إلخ.

ومن الاساليب الممكنة للزيادة من الافكار المنطقية الملائمة للصحة النفسية أن نغير من **أهمية الاهداف نفسها بالنسبة للشخص**. فالشخص الذي يعتقد أن من الضروري أن يظهر دائماً بمظهر قوة الشخصية والسيطرة والتحكم في الامور، قد يدخل نتيجة لهذا في صراعات اجتماعية مع حاجات الآخرين من الزملاء أو المرؤوسين أو شركاء الحياة الزوجية، أو الابناء إلى التعبير عن ذواتهم، مما يوقعه ويوقع من يتصلون به في ضروب من الاضطراب. في مثل هذه الحالات فان تنبه الشخص إلى أن أهدافه في إثبات رجولته وقوته غير واقعية وغير معقولة سيساعده على أن يعدل سلوكه الاجتماعي التالي تعديلاً ملحوظاً. وفي مثل هذه العملية من التصحيح المستمر للأخطاء في القيم والافكار ينبغي النظر إلى ربط أهدافنا بالنتائج المستقبلة القائمة على فهم دوافع الآخرين. فقد يؤدي الظهور بمظهر القوة والسلطة - مثلاً - إلى نتائج وارضاءات مباشرة من الناس، إلا أن النتائج البعيدة لمثل هذا السلوك قد تكون وخيمة العواقب.

والمعالج الذي يأخذ باتجاه تعديل المسالك الذهنية لا يجهل ولا يقلل من شأن استخدام **التغير في البيئة الاجتماعية لاحداث التغير في الشخصية**. فهو يعرف أن بعض أخطائنا الفكرية قد يكون مكتسباً نتيجة لاحباطات خارجية أو فشل سابق (التقدم لعدد من الاعمال دون الحصول عليها قد يؤدي إلى تشكيل أفكار خاطئة عن الذات مثل «انني انسان فاشل» أو «ضئيل الاهمية»، والفشل السابق مع أفراد الجنس الآخر قد يؤدي إلى أفكار خاطئة بأننا نفتقد الجاذبية.. إلخ). لهذا من المهم أن نستخدم التغيير في البيئة الاجتماعية استخداماً كبيراً لأحداث التغير في الشخصية، وتعتبر الواجبات المنزلية التي أشرنا لها آنفاً طريقة لذلك. أضف إلى هذا أن المعالجين قد ينصحون بتغيير اتجاهات الآخرين الذين يعيشون مع الشخص أو يحتكون بهم. ولهذا فعملية العلاج قد تشمل الشركاء في الحياة الزوجية أو الآباء أو الآخرين أو الجماعة التي يعيش معها. وقد أشرنا سابقاً إلى أن تغيير طريقة الملبس، وتغير الوضع الاجتماعي، تؤدي إلى تغيير في توقعات الافراد عنا وبالتالي تغير سلوكنا. ومن الحالات التي أشرنا إليها حالة الفتاة التي كانت تظن أنها باهتة الشخصية، فلما أخذ مجموعة من الطلاب يعاملونها على أنها شديدة الجاذبية والحيوية استطاعت أن تكون أسلوباً سهلاً في التعامل، كما استطاعت أن تغير أفكارها عن نفسها وأن تتبنى أفكاراً أكثر ايجابية[٢٤].

ومن الاساليب الأخرى التي يلجأ إليها المعالجون لتغيير أفكارنا اللامنطقية عن أنفسنا

وعن الآخرين استخدام **الكف المتبادل** بالشكل الذي أشرنا إليه في الفصل الثالث. فنحن نعرف من خلال هذا المفهوم أن الانسان لا يمكن أن يكون قلقاً ومطمئناً في وقت واحد أو مبتهجاً ومكتئباً في نفس الآن. لذلك نستعيض عن استجاباته بالقلق باستجابات من الطمأنينة (الاسترخاء مثلاً) عند التعامل مع مصادر التهديد. ويصح هذا أيضاً بالنسبة للأفكار. فالانسان **لا يكون منطقياً ولا منطقياً في نفس الوقت**. ولا يتبنى فكرة سلبية وايجابية عن نفسه أو عن الآخرين في نفس الآن عندما يواجه مشكلة ما. لهذا من الممكن أن يغير الشخص أفكاره الداخلية السلبية عند حدوث موقف معين بأفكار ايجابية. من الممكن مثلاً أن يربط أداءه لعمل ما بتصور العمل على أنه مصدر للمتعة بدلاً من تصوره على أنه واجب ثقيل. وتعتبر هذه الطريقة فعالة في احداث التعديل السلوكي المطلوب. فضلاً عن أنها تحسن من استخدام البيئة بادراكها - في مواقف التهديد - على أنها أقل مدعاة للاضطراب والتخوف.

وثمة أسلوب آخر يساعد على احداث تغيرات فكرية وسلوكية ايجابية، يتمثل في **لعب الادوار**. فإذا تأتى لأحد الاشخاص المضطربين أن يعبر أمام مجموعة من الآخرين عن اتجاه أو سلوك مختلف، فان هذا السلوك سيتحول إلى خاصية دائمة في شخصيته. فالشخص المتسلط، الذي يدفعه تسلطه إلى التصادم مع الآخرين ينجح في أن يبدل تسلطه بأسلوب قائم على التفهم إذا ما طلب منه أداء دور قائد ديمقراطي، وأن يشاهد نتائج ايجابية ديمقراطية في شكل حب الآخرين، أو توددهم له مثلاً. ومن رأينا أن التغير الناتج من لعب الادوار يرجع إلى التغير في معرفة الموقف الذي أدى إليه القيام بالدور. وقد تأتى لكاتب هذه السطور عند قيادة إحدى جلسات العلاج الجماعي لمجموعة من المرضى الفصاميين أن يلاحظ أن تغيرات ايجابية تحدث في اتجاه تقبل المرضى لأطبائهم عندما كان يطلب منهم تمثيل دور الطبيب وتخيل استجاباته في مواقف مختلفة: كالتعامل مع مريض متهيج يحاول ايقاع الاذى بزميل آخر، أو مريض منسحب يعزف عن الطعام، أو استجاباته ازاء مشادة بين مريض وأحد العاملين بالعنبر العلاجي. كما لاحظنا أن التغير الذي يحدث بعد أداء الادوار أفضل من التغير الذي يحدث إثر مناقشة عادية عن ابراز أهمية الطبيب واتجاهاته نحو مرضاه، مما يدل على أن الشخص عند قيامه بدور معين يطلع على جوانب جديدة من المعرفة يسهل عليه تبنيها بعد ذلك.

ولهذا الاسلوب أهمية أيضاً في جوانب لا تتعلق بالعلاج، بل تتعلق بالحياة الاجتماعية بشكل عام. إذ كثيراً ما يبدأ الناس في النظر إلى حياتهم بشكل مختلف إثر الدخول في **دور مهني** جديد. فخبرة القيام بدور مهني تعطي الشخص رؤية جديدة للدور، وتدفعه إلى

تبني مجموعة من الاتجاهات والتوقعات المطابقة للدور . وقد تبيَّن في إحدى الدراسات[٢٤] على فريقين من العمال المعينين في مؤسسات البيع التجارية أن الفريق الذي عين في وظائف إشرافية تبنى اتجاهات مطابقة لاتجاهات هيئة الإدارة ، أما الأشخاص النين عينوا كعمال عاديين فقد تبنوا اتجاهات معارضة لاتجاهات هيئة الإدارة . فالعمل طول اليوم في وظائف العمال العاديين ، مثله في ذلك مثل العمل الإداري ، يدفع بالضرورة إلى تبني اتجاهات تطابق توقعاتنا عن الدور . وهذا صحيح أيضاً في حالات السلوك المرضي . فالتشجيع على مواجهة مشكلة بطريقة لعب دور إنسان عادي أو ناجح ، سيؤدي إلى النظر إلى أساليبنا اللاتوافقية بشكل مختلف .

وتنشأ في حالات كثيرة أنواع من الاضطرابات النفسية عندما نعتنق فكرتين متنافرتين عن شيء واحد بحيث أن كل فكرة معها تولد أو تؤدي إلى تصرفات متعارضة مع ما تولده الفكرة الأخرى . فالشخص الذي تشده فكرة السفر للخارج لتحسين وضعه الاقتصادي أو للحصول على قدر جيد من التدريب والتعليم في مجاله ، قد تشده أيضاً فكرة الاستقرار في وطنه والابقاء على وظيفته التي قد يفقدها بسبب هذا السفر . هنا تنشأ حالة من القلق غير السار والاكتئاب الذي ينطوي على أخطار قوية للصحة النفسية . ومن الاشخاص أيضاً من يعرف عن نفسه شيئاً (بأنه جذاب أو لبق مثلاً) ، ولكنه يعلم أن فكرة الآخرين عنه (بأنه انتهازي أو متسلق) لا تتسق مع فكرته عن نفسه . هنا أيضاً يجد الشخص في هذا التنافر عقبة كؤودا قد تشله عن الحركة عندما يرغب في التفاعل بالآخرين . وقد تبين للكاتب أن كثيراً من المبدعين يعانون من تنافرات من هذا النوع هي التي تسبب فيما يبدو جزءاً كبيراً مما يعتريهم من حالات القلق والاكتئاب . فقد يعرف المبدع أو المفكر أن عمله يحتاج منه للانطواء والبعد عن الناس والإختلاف ، لكن متطلبات عمله تتنافر مع ما يتطلبه منه المجتمع من ضرورة الخضوع لمعاييره ، والاختلاط والتوافق والاغراق في عادات اجتماعية تافهة[٢٥] .

ومن الممكن في مثل هذه الحالات البحث عن طرق متعددة للتقليل من هذا التنافر أو آثاره . من هذه الطرق مثلاً العمل على تدعيم إحدى الفكرتين تدعيماً ايجابياً بحيث يزداد وزنها عن الفكرة الأخرى ، كأن يعترف الشخص مثلاً بأن عمله قد يؤدي إلى بعده عن الناس مؤقتاً ولكنه هو مصدره الرئيسي للشعور باحترامه لنفسه والحصول على احترام الآخرين في النهاية ، وكأن يغير اتجاهه نحو أحد الموضوعين بحيث يضفي عليه قيمة أقل مما هو عليه . ففي حالة تعارض تصوري عن ذاتي عن تصور الآخرين ربما يكون من الافضل للصحة النفسية في هذه الحالة أن يضع الشخص قيمة أقل لتصورات الآخرين السلبية له

فيدركها على أنها أقل أهمية وأضعف وزناً، وبالتالي قد يزداد وزن الفكرة الأخرى وقيمتها، وهي في هذه الحالة فكرة الشخص عن نفسه بأنه على قدر مرتفع من اللباقة... إلخ.

ومن المهم أن نشير من جديد إلى أن كثيراً من جوانب هذا التنافر ينبع أحياناً بسبب قيم اجتماعية خارجة عنا*. فالمجتمع الذي لا يركز على الابداع كقيمة انسانية مثلاً يؤدي مباشرة إلى إثارة الشك والقلق لدى الشباب الذين تربطهم بالعمل الفكري والابداعي بعض الصلات. في هذه الحالات من الضروري أن نشير إلى أن التخفيف من آثار التوترات المعرفية يحتاج إلى جهود العلماء الاجتماعيين بقدر مساو لجهد المعالج السلوكي - حيث يكمن الحل الواضح لمثل هذه الانواع من التنافر في ضرورة تغير التصورات الاجتماعية العامة عن مشكلات نعتبرها من وجهة النظر النفسية شديدة الاهمية.

وعلى أية حال، هناك أساليب متعددة لتغير طرق التفكير الخاطىء ليس بالامكان التفصيل فيها هنا. وفضلاً عن هذا فأن هناك أشكالاً متعددة من الاساليب الجديدة التي تجرب في الوقت الحاضر بمعهدي العلاج المنطقي في نيويورك وكاليفورنيا، وكلا المعهدين يقومان على أساس التعديل من أساليب التفكير (فضلاً عن السلوك) في حالات متعددة من الاضطرابات كالاكتئاب، والجنسية المثلية، والضعف الجنسي، والقلق، فضلاً عن تقديم النصح والارشاد لنمو «العاديين» في مواقف مختلفة من الحياة كالقيادة والتدريس والابداع.

وعلى العموم فإننا نرى أن أساليب تعديل طرق التفكير تنطوي على امكانيات جيدة، خاصة إذا ما عرفنا أن المبادىء والقوانين التي تحكم السلوك والشخصية، والانسان في تفاعله الاجتماعي تستخدم بأفق متسع ومتكامل في هذا النوع من العلاج.

* خير مثال على هذا ما يلاحظه عزت حجازي في كتابه «الشباب العربي» من أن جزءاً كبيراً من مصادر القلق يمكن العودة به إلى تعارض القيم الاجتماعية مع الحاجات الشخصية. فمن مصادر قلق الشباب فيما يرى الاعتقاد الذي تدفعهم إليه القيم والممارسة الاجتماعية بأن الحب يتعارض مع الدين وأنه ليس مجرد «عيب» ولكنه من «الجرائم». وبالنظر إلى الالحاح الشديد والحاجة إلى الحب يعيش الشباب العربي أزمة طاحنة بسبب تعارض القيم الاجتماعية مع حاجاتهم الشخصية[٢٦].

خلاصة

يعكف الباحثون في العلاج النفسي وتعديل السلوك البشري منذ سنة ١٩٦٥ على دراسات وتجارب مكثفة لبحث آثار المعتقدات الفكرية الخاطئة - التي يتبناها الفرد عن نفسه وعن الآخرين - على إثارة الاضطراب النفسي وسوء التوافق. وتشير هذه البحوث إلى وجود أدلة قوية على أن وراء كل تصرف انفعالي بالغضب أو العدوان، بالانسحاب أو الاندفاع.. إلخ - بناء ونمطاً من التصورات والمعتقدات يتبناها الفرد عن الحياة ومشكلاتها، وأن التصرفات الانفعالية تتغير بتغير هذه التصورات والمعتقدات.

إن أي شكل من أشكال الاضطراب يسبقه تفكير خاطىء في الموقف، أو في فاعلية الذات. وقد بينا أن العوامل الفكرية المسببة للاضطراب النفسي تكون إما على: ١) شكل معتقدات ووجهات نظر خاطئة يتبناها الشخص عن نفسه وعن الآخرين فتسبب له التعاسة والهزيمة الذاتية وأشكال الاضطراب الأخرى. وقد عرضنا لعدد من الافكار التي إذا ما تبنى الشخص إحداها أو بعضها، فإن سوء توافقه واضطراباته ستكون أشياء مرجحة إلى حد بعيد، أو تكون على شكل: ٢) أساليب خاطئة من التفكير في الامور كالمبالغة، والتعميم، وجمود التفكير وتصلبه. ويوضح هذا الفصل أهم الطرق المستخدمة لتعديل أنماط التفكير المضطرب، كالدحض المستمر للأفكار الخاطئة، والاستبصار، والدخول في مواقف حية بتصورات مختلفة وتوقعات معدلة. فضلاً عن هذا، فإن العمل على إحداث تغيرات ايجابية في البيئة الاجتماعية يساعد على التغير الايجابي في أفكارنا عن أنفسنا. وهناك أيضاً، لعب الادوار الذي يؤدي إلى تغيير معرفتنا بالتصرفات السوية وتمكيننا من أدائها.. إلخ.

ومن المهم هنا أن نشير إلى أنه بالرغم من النجاح الذي تحرزه أساليب العلاج المعرفي في الوقت الراهن، فإن طلاب العلاج والتغيير غالباً ما يأتون بدوافع متباينة ولأسباب مختلفة، لهذا قد تصلح أساليب التعديل الذهني مع بعضهم بينما تصلح مع البعض الآخر أساليب من التدعيم السلوكي المباشر، أو التدريب على تأكيد الذات.. إلخ.

لهذا فثمة هدف رئيسي ينبغي بلورته كهدف عام من أهداف العلاج، وهو أن يختار المريض بنفسه قيمه الخاصة وأن ينمي طرقه الفكرية الملائمة بجهوداته الذاتية، أو أن يختار المجالات التي تحتاج منه احتياجاً ملحاً للتغيير. أما كيف يتم ذلك وما هو دور المعالج النفسي في هذا.. فذلك ما سيوضحه الفصل القادم.

* * *

مراجع وتعليقات

١ - Adler, A. **The Practice and theory of individual Psychology:** New York: Harcourt, 1927.

٢ - Rokeach, M. **The open and closed mind.** New York: Basic Books, 1960.

٣ - Kelly, G. A. **The Psychology of personal constructs.** New York: Norton, 1955.

٤ - Ellis, A. A. cognitive approach to behavior therapy. **International Journal of Psychiatry,** 1969, 8, 896_899.

٥ - Kanfer, F. H. Self_management techniques. In F. H. Kanfer and A. D. Goldiamond (eds.) **Helping People Change.** New York: Pergamon, 1975.

٦ - يعود الفضل للطبيب النفسي « لو » Low في استخدامه لمبادىء الفلسفة الرواقية في العلاج وذلك من خلال منهجه في العلاج الذي أطلق عليه منهج تدريب الإرادة.
أنظر في ذلك كتابه:

– Low. A. A. **Mental health through will – training Boston:** The christopher Publishing House, 1952.

٧ - أنظر في ذلك كتاب برتراند راسل:

– Russell, B. **The Conquest of happiness.** New York: The New American Library, 1930.

٨ - أنظر:
– Kanfer, op. cit., 1975.
عن جوليان روتر، علم النفس الاكلينيكي، ترجمة عطية هنا. الكويت: دار القلم، ١٩٧٦.

٩ - Pavlov, I The scientific investigation of the Psychical faculties or processes in the higher animals. **Science,** 1906. 24, 613 – 619.

١٠ - كذلك أنظر كتاب « بافلوف » الرئيسي الذي يشير بين الحين والآخر إلى الفروق في عمليات التعلم وما تؤدي له من فروق فردية في الشخصيات الانسانية:

– Pavlov, I. **Conditioned reflexs.** (Trans. by G. V. Annrep.) London: Oxford Univ. Press, 1927.

١١ - يعود الفضل للعالم الروسي « بلاتونوف » في اثبات أن الاستجابات الفسيولوجية عند الاستاع لكلمات مرتبطة بالالم أشبه بالاستجابات الانفعالية المصاحبة للألم الحقيقي. أنظر تلخيص تجاربه في:

١٢ - – Mahoney, M. J. **Cognition and behavior modification.** Cambridge, Mass.: Ballinger, 1974.
– Dollard J. & Miller, N. E. **Personality and Psychotherapy.** New York: McGraw, 1950.

١٣ - للمزيد عن التجارب التي تبين أن الانفعال يستثار في اتجاهات مختلفة بحسب ما يقوله أو ما يردده الفرد لنفسه أو ما يفكر فيه أنظر:

– Meichenbaum D. Cognitive factors in behavior modification: Modifying what clients say to themselves. In Cyril Franks and Gerald Wilson (eds.) **Annual Review of Behavior Therapy.** New York: Bruner / Mazel, 1973.

١٤ - – Bandura, A. **Principles of behavior modification.** New York: Holt, 1969.

١٥ - للمزيد عن استخدام تغيير التفكير نحو الاقليات وأثره على تخفيض درجة التعصب أنظر:

- Allport, G. W. **The nature of prejudice.** Cambridge, Mass: Addison - Wesley, 1954.

١٦ - عن دور وارتباط العوامل المعرفية بالقلق والتوتر أنظر لنا:

- عبد الستار ابراهيم، بعض متعلقات الجمود العقائدي، مجلة الصحة النفسية، كلية الطب - جامعة القاهرة، مجلد ١٣ - عدد ٧ العدد السنوي ١٩٧٣.

- عبد الستار ابراهيم، الاصالة وعلاقتها بأسلوب الشخصية، رسالة دكتوراه، جامعة القاهرة، ١٩٧٢ (غير منشورة).

- Ibrahim, Abdul - Sattar, Sex differences, originality and personality response styles. **Psychological Reports.** 1976, 39, 859_868.

- Ibrahim, Abdul - Sattar, Dogmatism and related personality factors among Egyptian University students. **J. of Psychology.** 1977, 95, 213_215.

- عبد الستار ابراهيم، المحافظة التسلطية: تقرير عن واقع البحوث التي أنجزت من ١٩٦٨ : ١٩٧٣. حوليات كلية الآداب - جامعة القاهرة، مجلد ٣١، ١٩٧٧.

١٧ - اعتمدنا في وضع هذه الصياغة على كتابات « البرت أليس ». ويلاحظ أن « أليس » يعتبر من أقوى الممثلين لهذا الاتجاه العقلاني في العلاج النفسي. وهو صاحب طاقة ونشاط هائلين سواء فيما يتعلق بممارسة العلاج في هذا الاتجاه أو البحث، أو المؤتمرات. ومن العسير وضع ثبت بمؤلفاته لأنها تزيد عن المائة.. غير أن من يود أن يرجع لبعض أفكاره العامة يمكن أن يطلع على المراجع الآتية كعينة:

- Ellis, A. Reason and emotion in Psycho - therapy. New York: Lyle Stuart, 1962.

- Ellis, A. & Harper, **R. A. A new guide to rational living.** Englewood Cliffs, New Jeršey: Prentice - Hall, 1975.

- Ellis, A. Rational - emotive therapy. **The Counseling Psychologist,** 1977, 7, 1, 2 - 27.

١٨ - أنظر مراجع « أليس » السابقة.

١٩ - أنظر: Ellis, op. cit., 1977.

٢٠ - فؤاد زكريا، التفكير العلمي، الكويت: عالم المعرفة ١٩٧٨.

٢١ - Beck, A. T. **Depression: Causes and treatment. Philadelphia:** University of Pennsylvania Press. 1967.

٢٢ - المرجع السابق.

٢٣ - Beck, A. T. coping with depression. Institute for Rational Living, 1974.

٢٤ - ميشيل أرجايل، علم النفس ومشكلات الحياة الاجتماعية، ترجمة عبد الستار ابراهيم، دار القلم - الطبعة الثانية، ١٩٧٨.

٢٥ - أنظر شرحاً لنظرية التنافر بين معرفتين وما يثيره هذا من اضطراب على الشخصية في المرجعين الآتيين:

- طلعت منصور، التعلم الذاتي - القاهرة الانجلو، ١٩٧٧.

- عبد الستار ابراهيم، الاصالة وعلاقتها بأسلوب الشخصية، مرجع سبق ذكره ١٩٧٣.

٢٦ - عزت حجازي، الشباب العربي والمشكلات التي يواجهها، الكويت: عالم المعرفة، يونية، ١٩٧٨.

٨

علاج دون معالج:
الأساليب الحديثة في العلاج الذاتي

تمهيد:

أشرنا في فصل سابق إلى أن احساس المعالجين السلوكيين بحاجة الناس إلى طرق سريعة وفعالة لمساعدتهم على تنمية قواهم الذاتية، وتعديل أنماط وأساليب التكيف السيئة، التي تعلموها من خلال عمليات تشريط اجتماعي سيء، جعلتهم (أي المعالجين) يفكرون في ابتكار طرق سريعة وفعالة يمكن للمريض أن يمارسها بنفسه دون حاجة للالتجاء المستمر للمعالج إلا في حالات وأوقات قليلة.

وتناقش هذه الاساليب أحياناً على أنها طرق للعلاج الذاتي، وأحياناً أخرى توجيه ذاتي وأحياناً ثالثة على أنها أساليب للضبط الذاتي. غير أنها تتفق جميعاً - بالرغم من اختلاف المسميات - في أنها تستهدي بقوانين علم النفس ونظرياته والمعرفة النفسية بشكل عام في تطبيق مبادىء العلاج ذاتياً. بعبارة أخرى فإن ما قاله سقراط من قبل «اعرف نفسك» يتحول هنا ليصبح «عالج نفسك.. مستهدياً بقوانين المعرفة العلمية».

ولفترة قريبة، لم تكن أساليب الضبط الذاتي موضوعاً لتفكير المعالجين النفسيين على الاطلاق. ويبدو أن تأخر ظهور هذا المنهج إلى مسرح العلاج النفسي السلوكي، إنما يعود إلى حد كبير إلى سيطرة المنهج الطبي العضوي على حركة العلاج النفسي. فالعلاج النفسي فيما أشرنا في مواقع متفرقة كان من حيث الممارسة مقتصراً على الاطباء، ولا زال الأمر كذلك في كثير من الدول. والطبيب فيما نعلم يتبنى وجهة نظر عضوية تنعكس في علاقته بمريضه: فالطبيب هو صاحب السلطة الرئيسية في تشخيص المرض، ووصفه للدواء والعلاج، وما على المريض إلا أن ينفذ التعليمات ويتعاطى الدواء إن كان يريد العلاج.

هذا الفهم لطبيعة العلاقة بين المريض والطبيب انعكست آثاره على العلاج النفسي كما مثله فرويد. فالتحليل النفسي أيضاً يقوم على نفس النموذج، المريض والمعالج: المريض السلبي

والمعالج الايجابي، الذي يفسر ويوجه. وفي هذا السياق قام ألبورت Allport - من هارفارد إذ ذاك - في سنة ١٩٦٠ بتحليل للبحوث الرئيسية في علم النفس وأساليب العلاج النفسي فوجد أن هذا التصور يسيطر على كثير من مفاهيم علماء النفس في تفسيرهم للظواهر الانسانية. فنسبة كبيرة من تصورات العلماء للانسان كانت تراه-أي الإنسان-على أنه يخضع بشكل سلبي لقوى خارجة عن ارادته، تماماً كما تفعل القطط والارانب في تجارب المختبرات.

وقد شهدت الحقبة الاخيرة من النمو في علم النفس وأساليب العلاج النفسي، ما يشبه مراجعة النفس فيما يتعلق بحقيقة موقفهم من مفاهيم تعوق خطى نموهم. فبدأنا نشهد رفضاً للتصورات السلبية للانسان، وبدأ التأكيد على أن هناك حاجات في داخل كل شخص تدفعه إلى الارتقاء وتحقيق الذات والتغيير من خصال شخصيته بأفعال مقصودة.

والحقيقة أن ذلك الاتجاه قد بدأ بجهد طائفة من المعالجين النفسيين الذين يعرفون في الوقت الحالي باسم طائفة علماء النفس الانساني Human Psychologists عندما أخذوا يعيدون تفسير نظريات العلاج النفسي بالتأكيد على قدرة الانسان على توجيه نفسه ذاتياً من خلال قدرته على التعلم الذاتي وتوظيفه لقدراته وامكاناته[١]. ويعتبر كارل روجرز Carl Rogers من طائفة المعالجين الانسانيين، وممن حاولوا الاستناد إلى معطيات علم النفس الحديث بوضع نظرية رئيسية في العلاج النفسي تقوم على التوجيه الذاتي، والممارسة الشخصية لتغيير السلوك. وتعتبر نظريته أيضاً من أوائل النظريات التي قلبت العلاقة التقليدية بين المريض والمعالج، فجعلتها تنصب على المريض (أو العميل)*، بحيث يكون المريض هو صاحب الدور الاساسي والفعال في عملية العلاج وتغيير الشخصية، ونمو هذا التغيير. بل إن روجرز يرى أن دور المعالج النفسي لا يزيد عن خلق شروط علاجية غير مباشرة، وغير موجهة، من شأنها أن تيسر فهم الذات، والنضوج النفسي السليم. ويؤكد «روجرز» أن نمو قدرات الانسان الابداعية، وقدرته على تنمية ذاته وتوجيهها، فضلاً عن قدراته على الاختبار وحل المشكلات، أمور ليست ممكنة نظرياً وعملياً فحسب، بل انها جزء من قوانين الطبيعة، وهدف يجب أن يعلو كل الاهداف في العلاج النفسي الناجح[٢].

وقد أعطت حركة علماء النفس الانساني وتصورها للانسان - أعطت دفعة قوية للعلاج السلوكي الحديث في اتجاه فهم عمليات الضبط أو التوجيه الذاتي من خلال مفاهيم

* تمشيا مع نظريته الانسانية لا يستخدم «كارل روجرز» كلمة مريض بل يفضل بدلاً منها كلمة عميل Client.

نظرية التعلم ذاتها، التي كانت في شكلها التقليدي ترفض مثل هذه المفاهيم من قبل لعدم اتساقها مع منطق النظرية السلوكية القائم على تصور السلوك كمحصلة للشروط البيئية الخارجية بالشكل الذي وجدناه بها عند « بافلوف » و « سكينر ». ولعل هذا ما يعبر عنه « باندورا » Bandura - رئيس جمعية علم النفس الامريكية السابق - بوضوح في هذه العبارة:

« تمر النظرية السلوكية في الوقت الحالي بتغيرات حاسمة. فمنذ سنوات اقتصر تصور علماء النفس السلوكي للانسان على أنه كائن يستجيب أساساً للتغيرات البيئية التي تشكل آلياً أفعاله وتحكمها. لكن نظرة متفحصة للانسان تبين أنه أكثر فاعلية وأن تأثيرات البيئة لا تتم بشكل آلي. فالتغيرات التي كان من المعتقد أنها تؤثر في السلوك بشكل آلي، يكون تأثيرها في الحقيقة محدوداً ما لم يدعمها وعي الانسان بها.. ».

« إن السلوك يخلق - جزئياً - البيئة* بمقدار ما تؤثر البيئة في ظهور وابراز السلوك. ولهذا فمن المهم أن نحلل كيفية تشكيل الانسان للشروط البيئية التي تحكمه، بنفس القدر من الاهتمام الذي نوليه لدور البيئة والشروط المختلفة التي تحكم ظهور سلوك معين ».

« إن من أهم الخصائص التي تميز الانسان أنه يستطيع خلق تأثيرات في ذاته نابعة من ذاته ومن توجيهه الذاتي لسلوكه. ومن خلال دوره كمؤثر وموضوع للتأثير في نفس الوقت يمتلك الانسان قوة رئيسية في توجيه ذاته »[٣].

لعل مغزى عبارة « باندورا » واضح للقارىء: إن حياة الانسان تتوجه ذاتياً وبأغراض خاصة، دون أن ينفي ذلك وجود قوانين سببية تضعها البيئة بشروطها الخاصة ودون تعارض بينهما.

وعلى هذا فهدف هذا الفصل إذاً هو تبسيط لبعض الاساليب أو التكنيكات التي ابتكرها المعالجون لمساعدة مرضاهم على تطوير ذواتهم ومواجهتهم لما يثور من مشكلات. ولكن علينا أولاً أن نعرض للأساس النظري لهذه الاساليب كما تتبناه مدارس العلاج السلوكي الحديثة.

الرأي السلوكي الحديث في مفهوم العلاج الذاتي:

لنفرض أن شخصاً حاول جاهداً الاقلاع عن تدخين السجائر، فانتهت محاولاته للفشل.. فكيف نفسر ذلك؟.

* يشير بهذا إلى أن تأثير البيئة الواحدة على شخصين يختلف باختلاف الطريقة التي يدرك كل منهما بها بيئته وعالمه بالطريقة التي أشرنا لها في الفصل السابق عن تعديل أساليب التفكير.

من التفسيرات المبكرة القول بأن هذا الشخص ليست لديه الارادة الكافية للاقلاع عن التدخين. هذا ما يمكن أن يثور لأول وهلة. لكن لنفرض أننا تساءلنا: وما هو الدليل على ضعف ارادته؟ حسناً! ألم يحاول أن يتبع خطة معينة ففشل؟ من الواضح إذاً أننا بهذا التفسير لم نفعل شيئاً إلا التحرك في دائرة لا تنتهي بنا إلى حقائق نافعة. فنحن نفسر فشله بوجود ارادة ضعيفة ونستدل على ضعف ارادته بفشله في الانقطاع عن التدخين.

والحقيقة أن هذا ما يؤخذ على التفسيرات القديمة المختلفة كالغريزة، وقوة الارادة، وقوى التطور النفسي.. إلخ. إنها لا تضيف شيئاً لمعرفتنا، وتنطوي على خطأ منطقي كبير في الاستنتاج فنحن نفسر الشيء بشيء آخر يفسره نفس الشيء الأول: «الفشل في تدخين السجائر راجع لضعف الارادة وضعف الارادة راجع للفشل في تدخين السجائر... إلخ».

وهناك خطران يمكن أن تؤدي إليهما مثل هذه التفسيرات الدائرية.. فمن ناحية لا تنتهي بنا لأسباب واضحة تساعد على تقدم المعرفة العلمية، ومن ناحية أخرى قد يؤدي التفسير بقوة الارادة أو ضعفها على المستوى العلاجي إلى فقدان حماس المريض وبالتالي فشل العلاج. فنحن عندما نبين له أن فشله راجع إلى ضعف الارادة، فقد يقتنع بأن فشله يرجع لأمر ليس بامكانه أن يغيره. فلِم المحاولة؟.

ولعلي لا أبالغ إن قلت بأن كثيراً من فشل الناس - الذين ألتقي بهم بين الحين والآخر - في تعديل سلوكهم وتوجيهه في مسار سليم إنما يرجع إلى أنهم يضعون أنفسهم في أسر تفسيرات من هذا القبيل، ويفسرون أخطاءهم مرة بطريقة قدرية، ومرة بقوى لا تخضع لضبطهم، ومرة بوجود غريزة من هذا النوع أو ذاك، إلى غير ذلك من التفسيرات التي تدفع دفعاً قوياً للتقاعس واليأس وتقبل الاخطاء والعجز.

هل هناك تفسير آخر إذاً يمكن أن يكون أكثر ايجابية؟ أجل، وهو التفسير الذي تتبناه البحوث الحديثة. فمن وجهة نظر علماء السلوك المحدثين نجد أن عجز الشخص عن الاقلاع عن التدخين في المثال السابق إنما يرجع إلى عدم معرفته بالشروط الملائمة للاقلاع عن التدخين، وبالتالي فإنه لم يضع نفسه في الشروط أو في المواقف الاجتماعية أو النفسية الملائمة التي يمكن أن تحول قراره إلى التنفيذ العملي. بعبارة أخرى، فإن قدرة الشخص على التعديل الذاتي لأفعاله وأنماطه السلوكية تُعتبر نتاجاً لمعرفته بالشروط المحيطة به وقدرته على تغييرها. وبهذا تزداد مهارة الشخص في تعديل سلوكه، وتوجيه ذاته الوجهات التي يرغبها كلما ازدادت قدرته على معرفة الشروط الملائمة والحوادث السابقة لظهور السلوك والمدعمات التي يؤدي لها هذا السلوك. وبهذا المعنى لا تزيد قدرة الشخص على تعديل سلوكه ذاتياً عن كونها ببساطة: «**اعرف المتغيرات والشروط التي تحكم أفعالك وضع نفسك فيها**».

لهذا فإن النجاح في تقوية جانب مرغوب من الشخصية أو تعديل جانب سيء منها يجب أن يتضمن فهماً واضحاً للعوامل المؤثرة في السلوك، مع التحكم فيها بطريقة تؤدي إلى التغيير المطلوب. ولعل هذا ما دفع «سكينر» إلى استنتاج أن محددات الضبط الذاتي ونجاحه جزء من محددات الضبط السلوكي بشكل عام:

«الانسان قد يضبط سلوك انسان آخر باعداد شروط ملائمة لهذا الضبط*. وبالمثل يمكنه أن يضبط سلوكه الذاتي بأن يضع نفسه في شروط ملائمة تساعده على هذا الضبط. وعلى هذا فإن الضبط الذاتي يتحدد من خلال خلق شروط تدعيمية مماثلة للشروط التدعيمية التي تطور بها أي سلوك آخر»[4].

ومن ناحية ثانية، يتفق المعالجون السلوكيون على أن أساليب الضبط الذاتي تكتسب من خلال عمليات تعلم اجتماعي ومهارة في وضع الشخص لنفسه في شروط بيئية وبيولوجية قادرة على إحداث التغييرات المطلوبة، أو التحكم في البيئة الاجتماعية والبيولوجية بحيث تتحول إلى الصورة المطلوبة من حيث إحداث التغير.

نماذج من أساليب الضبط الذاتي

هدفنا الاساسي هنا - إذاً - هو أن نبين أن عملية التغير العلاجي من خلال التوجه الذاتي أمر لا يمكن فصله عن الظروف البيولوجية والاجتماعية والمعرفية التي سبق وأن أفضنا فيها في الفصول السابقة. كل ما هنالك أن خلق أو تغيير الظروف أو الشروط الضرورية لاحداث العلاج يتم من خلال قدرة الفرد على ممارسة التغيير بنفسه، وبتوجيه من معالجه.

ولهذا نجد أن كثيراً من الاساليب العلاجية التي عرضنا لها في الفصول السابقة يمكن أن تستخدم مع بعض التحوير بحيث يمكن للفرد أن يمارسها بجهده الشخصي، موجهاً عمليات العلاج بنفسه. وينصب جزء كبير من نشاط المعالجين السلوكيين على تحوير تلك الاساليب بحيث تصبح قابلة للممارسة الذاتية. وهكذا نجد أن التطورات المعاصرة في العلاج الذاتي تنطلق تقريباً من نفس مفاهيم تعديل الجوانب الوجدانية، والمعرفية، والسلوكية، والاجتماعية بالشكل الذي استوعبته الفصول السابقة. وسنعرض في الفصول الباقية من هذا الفصل نماذج من التحويرات التي تمت أو يمكن أن تتم في هذه الاساليب بحيث يمكن استخدامها ذاتياً.

* الانسان يضبط سلوك انسان آخر من خلال خلق شروط ملائمة تساعده على إحكام قبضته مثل العقاب والترغيب، وخلق احتياجات في الشخص الذي نرغب في التحكم فيه، أو تدعيم استجابات الخضوع.. إلخ.

١ - التعديل الذاتي للجوانب الانفعالية من الاضطراب:

عرضنا لأساليب العلاج السلوكي القائمة على مبدأ الكف المتبادل كالاسترخاء، والتطمين المتدرج، وتأكيد الثقة بالنفس. ويمدنا المعالجون المعاصرون بعديد من الاقتراحات عن كيفية تحسين هذه الطرق بحيث يصلح استخدامها ذاتياً.

فالاسترخاء، مثلاً يمكن استخدامه خارج عيادة المعالج وفي المواقف التي تستثير التوتر. ويتوقف على المعالج بعد أن يدرب مريضه على الاسترخاء المنظم أن يوضح له بعد ذلك أن هذا الاسلوب يستمد نفعه الاساسي إذا ما استخدمه المريض في المستقبل عندما تواجهه مشكلات مماثلة لتلك المشكلات التي دفعته لطلب العلاج، خاصة إذا ما كان طالب العلاج من النوع الذي يشمله الاضطراب والانفعال والقلق في مواقف متعددة ليلاً أو نهاراً.

وقد رأينا نموذجاً لذلك حالة الشاب الذي عالجه « سالتر » في الفصل الخامس. وتبين ملاحظات المعالجين السلوكيين في هذا الصدد أن قدرة الفرد على ممارسة الاسترخاء في المواقف التي تعتبر بالنسبة له موضوعاً لإثارة القلق والتوتر (كالحديث مثلاً أمام مجموعة من الاشخاص) ستساعده على مواجهة جوانب الاحباط التي قد تحدث بطريقة أكثر ايجابية. بعبارة أخرى، فإن السلوك (الاسترخاء) سيغير من طريقة ادراك البيئة فيحولها إلى عنصر أقل تهديداً.

ويقترح كاوتلا Cautela - من مشاهير العلاج السلوكي الحديث ورئيس جمعية العلاج السلوكي سابقاً - طريقة تساعد على التوترات التي تنشأ في جو العمل لدى مرضاه. فقد كان يقترح على طلاب العلاج - خاصة إذا كان مصدر الاضطراب هو التوتر والصراع الذي يستثيره جو العمل - أن يجلس الشخص مسترخياً على مكتبه في العمل، وأن يهتف بصوت عال أثناء ذلك بكلمة « استرخ » لمدة ١٠ مرات. وكان يؤكد على مرضاه اتباع هذا الاسلوب مهما بدا له بسيطاً أو مستهجناً. فإذا اتبع المريض التعليمات كأن يطلب منه بعد ذلك أن يسترخي في وضع واقف، وأن يمارس الاسترخاء في المنزل مرة يومياً على الاقل في كلا الوضعين (الجالس والواقف).

وفي كل مرة يطلب منه أن يقول لنفسه « استرخ » بصوت عال لعشر مرات في هذين الوضعين، إلى أن تحدث رابطة بين كلمة التنبيه (استرخ)، والاستجابة (اختناء التوتر والاسترخاء). وبعد أن يتبين للمعالج أن المريض يستطيع الاسترخاء بنجاح في كلا الوضعين، يؤكد له بعد ذلك ضرورة استخدام هذا الاسلوب في كل مواقف القلق بعد ذلك[٥].

ومن الطريف أن « كاوتلا » قد أجرى عدداً من الدراسات التتبعية على الاشخاص الذين يستخدمون هذا الاسلوب بناءً على توجيهه لهم، فتبين أنهم يتحمسون لهذا الاجراء ويحسون بفاعليته. كذلك تبين أن تدعيم الرابطة بين كلمة « استرخ » ووضع الاسترخاء يساعد على ممارسة الاسترخاء والتمكن منه بطريقة سريعة حالما يهتف الشخص لنفسه في موقف التوتر بكلمة « استرخ ».

كذلك يستخدم أسلوب التطمين المتدرج كأسلوب من أساليب العلاج الذاتي في مواجهة المخاوف المرضية، ويكون ذلك بأن يقوم الفرد بتخيل المنبهات المثيرة للقلق بعد تدريجها وهو في حالة من الاسترخاء.

وفي الولايات المتحدة تدرج المنبهات المثيرة للقلق كالخوف من الثعابين أو الظلام، أو الامتحانات أو الحديث أمام الناس وتسجل على أشرطة تسجيل « كاسيت » وتباع للمرضى أو للأشخاص الذين يرغبون في التخلص من أعراض الخوف والقلق في تلك المواقف وغيرها.. ويمكن أن يقوم بتشغيلها وهو في وضع الاسترخاء إلى أن يتم له تحييد تلك المصادر من شحناتها الانفعالية الشديدة. وتبين بعض التجارب أن النجاح في التخلص من الخوف من الثعابين مثلاً بهذه الطريقة (الاستماع لأشرطة التسجيل في المنزل بوضع الاسترخاء) يتساوى مع العلاج بطريقة التعرض للمنبهات الدافعة للخوف مباشرة أو مع المعالج. مما يدل على الامكانات الجيدة التي يمكن أن تتطور لها أساليب العلاج الذاتي.

غير أن هناك بعض المشكلات التي تثور نتيجة لاستخدام أشرطة التسجيل في عملية التطمين المتدرج. فمن ناحية لا يزال هذا الاسلوب في بداياته الأولى. ومن ناحية أخرى يثير التسجيل مسألة تتعلق بالتفاوت في تقدير المدرجات المثيرة للقلق. فقد يثير مدرج معين كتخيل ثعبان مرسوم على بطاقة بيضاء درجة أكبر من القلق لدى شخص دون شخص آخر. فضلاً عن هذا لا يوجد اتفاق مطلق بين المرضى على المنبهات التي تستثير لديهم تلك المخاوف. فالخوف من مجابهة الآخرين بحديث أو خطبة - على سبيل المثال - قد يكون مصدره عند أحد الاشخاص هو حجم الجماعة، بينما يكون مصدره عند شخص آخر هو سلطة الافراد الذين تتكون منهم هذه الجماعة. وقد ناقشنا هذه القضايا من قبل.

ولهذا فمن رأينا أن يتم تدريج المواقف المثيرة للقلق لكل شخص على حدة، ومن خلال اقتراحات الفرد نفسه وبتوجيه المعالج، ثم يمكن أن تسجل لكي تمارس ذاتياً بعد ذلك. فهذا أفضل من الحصول على « كاسيتات » معدة في ظروف مختلفة ولأناس مختلفين.

أما أسلوب تأكيد الذات فهو بطبيعته أسلوب من أساليب الضبط الذاتي. أي أنه لا يكتسب فاعليته إلا من خلال ممارسة الفرد نفسه لهذا الاسلوب ووضعه موضع التنفيذ

العملي. صحيح أن المعالج قد يعلم مريضه بعض أساليب تأكيد الذات في داخل العيادة أو مختبر العلاج السلوكي بطريق تمثيل الادوار مثلاً، إلا أن نجاح أسلوب تأكيد الذات لا يتم إلا إذا حاول الفرد نفسه تعميم الاستجابات التي طورها مع معالجه إلى مواقف اجتماعية جديدة (كالاسرة أو العمل) ومع أناس آخرين (كالرؤساء والزملاء.. إلخ)، أي أن يمارس تأكيد الذات متعمداً كلما شعر بأن غبناً أو ظلماً قد وقع عليه من الآخرين. بل أن كثيراً من المعالجين مثل كاوتلا[٦]، يرون أن التدريب المعملي من خلال توجيهات المعالج بطريقة تمثيل الادوار يجب أن يكون لاحقاً وليس سابقاً لاستخدام أساليب التأكيد الذاتي ذاتياً، خاصة عندما يفشل الفرد في الممارسة الذاتية لتأكيد الذات.

٢ - العلاج الذاتي من خلال ملاحظة الذات:

منذ أن ابتكر فرويد نظرية التحليل النفسي أصبحت مفاهيم الاستبصار والوعي والشعور من أهم الاسس التي تتضمنها أي نظرية للعلاج النفسي. ولعل «فرويد» هو أول من أكد أن وعي الفرد بالحوادث التاريخية الانفعالية التي يمر بها يؤدي إلى تغييرات مباشرة في سلوكه. كذلك أكد «كارل روجرز» دور الوعي في فهم الفرد لذاته وتقبله لها. لكننا رأينا أن معالجة «فرويد» لهذا المفهوم لم تؤد إلى نتائج علاجية ناجحة ذات شأن بسبب ربطه لعملية الاستبصار بخبرات طفلية قديمة. فالاستبصار عند «فرويد» يشير إلى قدرة الشخص - من خلال المحلل النفسي - على الوعي بتشكيل شخصيته في السنوات المبكرة من العمر.

ويستخدم المعالجون المعاصرون الوعي والاستبصار في العلاج لكن بطريقة أخرى. فنقول بأن الشخص على استبصار بمشكلاته عندما يكون مدركاً ادراكاً دقيقاً للشروط السابقة لظهور المشكلة والنتائج أو الاستجابات البيئية التي يثيرها ظهور هذه المشكلة. لهذا يجب على المريض وعلى المعالج كليهما أن يقوما بجمع المعلومات الدقيقة السابقة لظهور المرض، وذلك قبل الدخول في أي برنامج للتعديل أو العلاج السلوكي. وعندما يشترك المريض بتوجيه المعالج في حصر المعلومات التي أدت لظهور اضطراباته، وأنواع التدعيم التي أدى لها ذلك، فإنه يقوم بعملية ملاحظة للذات، وهي مرحلة ضرورية من مراحل العلاج السلوكي بشكل عام.

لكن ملاحظة الذات (أو الكشف عن الذات) لا تعتبر طريقة لجمع وحصر المعلومات الضرورية عن تكون الاعراض، بل قد تؤدي - بمفردها - إلى بعض التغييرات السلوكية العلاجية. بمعنى أن الفرد عندما يلاحظ سلوكه أو يحاول أن يجمع المعلومات التي أدت لظهور أفعاله غير المرغوبة، فإن هذه المعرفة - مجرد المعرفة - قد تؤدي إلى

تأثيرات مباشرة في الافعال أو السلوك الذي يلاحظه الفرد[٧].

وللمزيد من التفاصيل والايضاح لنلاحظ ما يحدث أثناء ملاحظة الذات: إن الفرد عندما يحاول القيام بجمع المعلومات التي أدت إلى أنماطه السلوكية التي يرغب في تعديلها، إنما يقوم في الحقيقة بعملية انتقاء أو «غربلة» للشروط أو الاسباب الهامة - في نظره - التي أدت إلى تكون الاعراض المرضية، فهو يبعد بعض الشروط الهامشية، ويبقي على بعض الشروط التي يرى أنها أساسية من حيث تأثيرها على ظهور المرض أو استمراره. وهذه «الموازنة» بين الشروط المختلفة تعتبر في حد ذاتها ذات وظيفة ايجابية لأنها ستضع أصبع الشخص مباشرة على الشروط المطلوب تعديلها أو ضبطها لتحقيق التغير. وستمنحه - فضلاً عن ذلك وعياً واستبصاراً جديدين بمواقف الحياة المؤثرة. فمن الطبيعي أنه سيحاول بعد أن عرف الشروط الرئيسية أن يتجنبها، أو أن يخلق شروطاً أخرى معارضة للشروط السيئة الاصلية، إلى غير ذلك من تصرفات مستقبلية.

وتتطلب **ملاحظة الذات** بالشكل العلمي أن يسجل الفرد في كراسة خاصة الاستجابات أو أنماط السلوك المرضي عندما يلاحظه مباشرة. فهو يسجل مثلاً عدد المرات التي يشعر فيها بالرغبة في تدخين سيجارة، أو تعاطي بعض الخمر، أو بالرغبة في السب والعداوة، أو عدد المرات التي تتملكه فيها الافكار الحوازية، أو عدد الهلاوس السمعية التي يسمعها.. إلخ. ومثل هذا التسجيل يعيق ظهور السلوك غير المرغوب. وعلى سبيل المثال تبين في إحدى الدراسات أن مجرد قيام الشخص بتسجيل عدد المرات التي يشعر فيها برغبة قوية في تدخين سيجارة، يؤدي مباشرة إلى اعاقة التدخين. ولهذا نلاحظ في مستشفيات الطب النفسي وعيادات العلاج النفسي في الولايات المتحدة أنهم يستخدمون هذا الاسلوب في العلاج من الادمان على الخمر، والكحوليات، وغيرها من الافعال القهرية.. بأن يكون لكل مريض لديه الدوافع في التخلص من مشكلاته كراسة يسجل فيها ما يفعله إزاء هذه المشكلة يومياً.

ولأن ملاحظة الذات تتطلب قدرة على التحكم في التغيرات السلوكية التي تطرأ على الشخص، فإن هذا التحكم - في اعتقادنا - يؤدي إلى خلق تغييرات آلية في البيئة المحيطة بطريقة تجعلها تخلق تدعيمات اضافية في الاتجاه المرغوب. تصور - على سبيل المثال - أننا طلبنا من شخص يفتقر إلى تأكيد الذات في المواقف التي تتطلب منه المعارضة أو الدفاع عن النفس أو الاحتجاج على ظلم معين. فطلبنا منه كخطوة أولى من خطوات العلاج أن يسجل مباشرة عدد المرات التي قال فيها «نعم» أو «أوافق» على أمر أو حكم معين صادر له من زميل أو رئيس، وعدد المرات التي قال فيها «لا» أو «أرفض» هذه

الأوامر او الأحكام غير المقبولة. إن مجرد قيامه بتسجيل ذلك في المواقف الحية يخلق - في تصورنا - نوعاً من التعديل في استجابات البيئة المحيطة به (الاهتمام والتساؤل عما يفعل... إلخ) ومثل هذا التعديل أو الاهتمام الذي يظهر على الآخرين قد يتحول إلى قوة أخرى تساعد الشخص على التغير الإيجابي.

ويكتشف الشخص من خلال ملاحظاته الذاتية أنه استطاع أن يتوصل للشروط الرئيسية التي تساهم في تشكيل جوانب سلوكه وشخصيته. وعندما يحاول مستقبلاً أن يتجنب الشروط السيئة، أو يخلق شروطاً جيدة، وعندما يكتشف أنه نجح في تحقيق بعض الاهداف: أي أن هناك أهدافاً أخرى تبلورت وشروطاً أمكن التغلب عليها، وشروطاً أخرى يجب التغلب عليها...الخ فإن مثل هذا التغير سيكون بمثابة التدعيم الذاتي لممارسة تعديلات اضافية أخرى.. فالنجاح فيما أشرنا يخلق نجاحاً آخر، والثقة بفاعلية الذات تخلق ثقة أخرى.

وقبل أن ننتقل إلى وصف إحدى الحالات التي تم علاجها بنجاح باستخدام أسلوب الملاحظة الذاتية نجمل القول بأن هذه الطريقة تعتبر من الطرق ذات النتائج القوية في تعديل السلوك. أما أسباب قوتها فمتعددة ومعقدة إلى حد كبير، وتأثيراتها على السلوك تختلط بعوامل أخرى. ولا زال الباحثون يجاهدون في تحديد المتغيرات النوعية التي تساعد على كفاءة هذه الطريقة. غير أن جهد الباحثين في هذا المجال، وزيادة علامات الاستفهام لا يجب أن تقلل من آثارها واستخداماتها في ميدان العلاج الذاتي، حتى في أكثر الحالات العقلية والنفسية اضطراباً.. ولنتأمل معاً فيما يلي حالة توضيحية أمكن معها باستخدام أسلوب ملاحظة الذات والتسجيل تحقيق قدر رائع من النجاح.

حالة المرأة ذات الهلاوس السمعية:

المريضة في السابعة والاربعين من العمر تقيم في مستشفى للطب العقلي في الوقت الذي بدأ فيه المعالج السلوكي محاولاته العلاجية معها. شخصها الاطباء على أنها فصامية. ظلت محجوزة في المستشفى لثلاثة عشر عاماً، وذلك بسبب **هلاوس سمعية** تحدث بصورة يومية متكررة ومطردة. وقد أدت هذه الهلاوس إلى حالة من الاكتئاب الشديد والقلق - ومن الغريب أن هذه الهلاوس تدخلت في حياة هذه المرأة البائسة بطريقة لا تطاق. لقد أصبح سلوكها كله محكوماً «بالأوامر» و «النواهي» التي تعطيها لها الاصوات. وبلغ ذلك إلى حد أنها لم تكن لتستطيع الذهاب للحمام لقضاء حاجاتها الحيوية ما لم تسمع تلك الاصوات تأمرها بذلك[٨].

وعندما عرضت هذه المرأة مشكلتها للمعالج أظهرت كراهية شديدة لسيطرة هذه الاصوات عليها، وأبدت رغبة قوية في العلاج منها. وعبرت بصراحة بأنها لو استطاعت أن توقف تلك الاصوات، فإن مشكلتها الاساسية قد تحل، وأنها ستصبح قادرة على التوافق الجيد بعد ذلك. كذلك أيدت الهيئة العاملة بالمستشفى هذا الحكم.

ولأن هذه المرأة أبدت دافعاً قوياً للعلاج، فلقد رأى المعالج أن يستخدم معها أسلوب ملاحظة الذات. وذلك لبساطة هذا الاسلوب في التطبيق، ولأن المرأة أبدت رغبة في التعاون مع المعالج في تنفيذ التعليمات الخاصة بتسجيل التغيرات التي تسيطر عليها وملاحظة الذات.

طلب المعالج منها أولاً أن تسجل بطريقتها الخاصة عدد المرات التي تحدث فيها تلك الاصوات لثلاثة أيام متتالية. ثم طلب منها بعد ذلك أن تسجل جهراً أمام المريضات الاخريات في العنبر على جدول عدد المرات التي تسمع فيها هذه الهلاوس يومياً. وقد وضع الجدول في مكان ظاهر بحيث يمكن للممرضات الاخريات أن يلاحظنه. وكنتيجة لهذا المكان الظاهر الذي وضع فيه الجدول كان يسهل على كل شخص في العنبر أن يلاحظ مدى التقدم في سلوك المريضة. فمن الواضح إذاً أن الهدف من الجدول هو أن يعطي المرأة نتيجة فورية لتطورها. كما أنه كان يحرك عوامل التدعيم الاجتماعي من قبل الممرضات والمجربين والعاملات بالمستشفى... إلخ.

وقد تضمنت تعليمات المعالج للعاملين بأن يظهروا تشجيعهم بالمدح والاهتمام، والتشجيع كلما لاحظوا تناقصاً في الهلاوس اليومية (تناقص الاصوات) وعندما كانت تفشل المرأة في انقاص هلاوسها، كان التدعيم الاجتماعي يتوقف.

ومن الطريف أن هذا الاسلوب قد أدى إلى تناقص ملحوظ في الهلاوس السمعية لدى المرأة في فترة قصيرة من الزمن. لقد قلت الاصوات والهلاوس من ١٨١ مرة في اليوم الأول (الذي بدأت فيه المرأة بوضع علامة على الجدول في كل مرة تسمع فيها الاصوات) إلى ١١ مرة في اليوم الثالث. ولم تظهر أي هلاوس في اليوم الرابع. ثم زادت بعد ذلك إلى ١٦ مرة ثم قلت تدريجياً إلى أن وصلت الصفر.. واختفت الاصوات بعد ذلك تماماً من حياة المريضة طوال فترة متابعتها لمدة ستة شهور ولحين نشر تلك الدراسة.

ومن الطريف أيضاً أنه بتناقص هلاوس المرأة حدثت تغيرات ايجابية أخرى في سلوكها. لقد أصبحت أقل قلقاً، وقادرة على التفاعل الاجتماعي مع المريضات الاخريات. وتحسن مظهرها الخارجي. وبدأت تطالب بالبحث عن عمل. كذلك أصبحت تعبر بصراحة عن سعادتها وغبطتها إلى حد بعيد (كدليل على أن التغير في الاعراض يشمل تغيرات ايجابية أخرى في الشخصية ككل).

وغني عن القول، أن هذه الدراسة تقدم برهاناً قوياً على أن ملاحظة الذات وتسجيل السلوك يؤديان إلى محو كثير من الاضطرابات حتى ما ينتمي منها إلى عالم الامراض العقلية.

وبنفس القدر من المهارة يمكن بالطبع استخدام أساليب الملاحظة الذاتية بالشكل السابق في حالة المرأة ذات الهلاوس السمعية، في علاج وتعديل كثير من الجوانب السلوكية المرضية. ويتم بالفعل استخدام هذا الاسلوب من أجل زيادة الوقت الذي نكرسه للعمل (والمذاكرة) وضبط السمنة بملاحظة التناقص اليومي للوزن وتسجيله، وعلاج مشكلات الاطفال في المدارس كالبكاء الذي ليس له سبب وذلك بوضع علامة في جدول أمام الطفل في كل مرة يبكي فيها دون سبب. وحديثاً أمكن تطويع أسلوب الملاحظة الذاتية في علاج المخاوف المرضية من الاماكن المغلقة لدى مريضة، وذلك بسؤالها أن تحصي الزمن الذي تقضيه في مكان مغلق (حجرتها) باستخدام ساعة ايقاف، مما أدى إلى تزايد تدريجي في الزمن الذي تقضيه في الاماكن المغلقة بشكل عام. كما أمكن للكاتب أن يمارس هذا الاسلوب لزيادة الوقت المخصص لكتابة بحث مطلوب في فترة زمنية محدودة. فأمكن تخصيص ٦ ساعات يومياً تقريباً للكتابة (بعد أن كان الوقت المستخدم لذلك لا يزيد عن ساعة ونصف يومياً وبطريقة متقطعة).

والجميل في أسلوب الملاحظة الذاتية هو بساطته ونتائجه الايجابية في زيادة السلوك المرغوب ومحو السلوك غير المرغوب في فترات محدودة لا تتجاوز السنة في الحالات المعقدة، وتصل إلى أسابيع قليلة في حالات أخرى، فضلاً عن امكانية استخداماته في تعديل قطاعات متنوعة ومتعددة من الاضطرابات بما في ذلك الاضطرابات التي تصيب الناس السادين (كالسمنة، أو الهروب من النشاطات الابداعية كالكتابة) والعصابيين (كالمخاوف المرضية) والمرضى العقليين (كالهلاوس والافكار المسيطرة). كما يستخدم كطريقة لتخفيض ارتفاع ضغط الدم، وذلك بتشجيع الفرد على قياس ضغطه بنفسه ثلاث أو أربع مرات يومياً في مواقف مختلفة وتسجيل ذلك على بطاقة أو جدول يمكن أن يعده الفرد بنفسه. ولهذا تباع أجهزة ضغط الدم في الوقت الحالي بأسعار زهيدة للجمهور الامريكي لتشجيع عمليات العلاج الذاتي.

اثابة الذات والتدعيم كطريقة للعلاج الذاتي:

إذا كانت مجرد الملاحظة الذاتية تعتبر مصدراً خصباً لتعديل السلوك بطريقة ذاتية، فالأمر صحيح كذلك بالنسبة لتدعيم الذات عند ظهور السلوك الجديد البديل للسلوك المرضي. والخلاف بين الملاحظة الذاتية والتدعيم الذاتي أنه في الملاحظة الذاتية يقوم

الشخص بمراقبة تصرفاته ـ التي يعتقد بخطئها أو بآثارها المرضية السيئة على شخصيته - إلى أن يتوقف ظهور هذه الامراض أو يحل محلها سلوك آخر. أما التدعيم الذاتي فيمكن للشخص أن يستخدمه بعد أن يتكون السلوك المرغوب. ويتم تدعيم الذات بأن يقوم الشخص باثابة نفسه فوراً عند ظهور السلوك المرغوب. وخير مثال على هذا الطالب الذي يكافىء نفسه بكوب من الشاي أو فنجان من القهوة أو الذهاب إلى السينا أو الالتقاء بالاصدقاء بعد أن يكون قد نفذ خطة مكنته من قضاء وقت ملائم لإنهاء بحوثه أو دروسه.

وفي ميدان العلاج النفسي الذاتي أصبحت طرق الاثابة أو التدعيم الذاتي جزءاً رئيسياً من العلاج يوصي به المعالج في مشكلات سلوكية متعددة كالتدخين، والقلق الجنسي (أي القلق في حضور الجنس الآخر)، والاكتئاب، والوساوس، وتسلط الافكار غير المنطقية على تفكير الشخص.. إلخ.

ولكي يزداد استبصارنا بتطبيق هذا الاسلوب في هذه المجالات الآنفة الذكر قد يحسن أن نستشهد ببعض الدراسات الملائمة لهذا الغرض. ومن أوائل الدراسات التي أجريت للكشف عن أهمية هذا الاسلوب دراسة تمت سنة ١٩٦٧ في الولايات المتحدة على يدي « جاتمان » Gutmann و « مارستون » Mareston. وقد استعانا بالطلبة الذين يعانون من مشكلة التدخين، وقالا انهما اختارا هذه المشكلة بالذات لأن هؤلاء الطلاب كانوا يرغبون في الاقلاع عن التدخين، وحاولوا ذلك من قبل ولكنهم فشلوا. وقد قسم الباحثان الطلاب إلى مجموعتين الأولى وقد أطلقا عليها المجموعة التجريبية وتتكون من ١٥ شخصاً طلب الباحثان من أفرادها أن يدخن كل منهم سيجارتين إذا ما نجح في التوقف عن التدخين لمدة أربع ساعات متتالية (اثابة ذاتية أو مكافأة للذات)، وقد طلب الباحثان من أفراد هذه المجموعة أيضاً أن يسجل كل فرد منهم التناقص اليومي في عدد السجائر التي يدخنها كل منهم في كل يوم من أيام التجربة. أما المجموعة الثانية وتسمى بالمجموعة الضابطة فلم يطلب من أفرادها القيام بالاثابة الذاتية (التدخين عقب النجاح في التوقف عن التدخين)، ولكن طلب منهم أيضاً تسجيل التناقص اليومي في التدخين. وقد بينت هذه الدراسة أنه بالرغم من أن الدراسة قد استغرقت فترة قصيرة، فإن أفراد المجموعة الأولى نجحت في انقاص السجائر بشكل مطرد، وأقلع ما يقرب من ٨٠٪ من أفرادها عن التدخين نهائياً، بينما لم يحدث تغيير يذكر في المجموعة الضابطة[٩].

ويزعم باحثان آخران أن أسلوب المكافأة الذاتية نجح في ايقاف القلق النفسي لدى مجموعة من الطلاب ممن وصفوا علاقاتهم بالجنس الآخر بأنها مصدر «عنيف» للقلق والتوتر، لدرجة أنهم كانوا يضطربون عندما يتبادلون الحديث مع الزميلات بطريقة

تضعهم في كثير من جوانب الحرج والاكتئاب. في هذه الدراسة طلب الباحثان من الطلاب الذين تقدموا لطلب التوجيه والعلاج بأن يحصروا كل المواقف التي تتطلب علاقة بالجنس الآخر، على أن تدرج هذه المواقف وفق ما تستثيره من قلق، بحيث يأتي الموقف الذي يستثير درجة قليلة من القلق أولاً، وتتلوه بعد ذلك مواقف القلق الأخرى موقفاً موقفاً. وبناءً على هذا طلب الباحثان من الطلاب أن يسجلوا مدى تقدمهم في التخلص من القلق في المواقف المتدرجة موقفاً وراء الآخر، على أن يستخدموا شتى أساليب الاثابة والتدعيم الذاتيين (بما في ذلك مدح النفس) كلما نجح الواحد منهم في تخطي القلق الذي يثيره موقف التفاعل مع الجنس الآخر. ولم ينجح الطلاب في التخلص من القلق فحسب، بل تبين أيضاً أنهم استطاعوا أن يتخلصوا من القلق في مواقف أخرى لا تتعلق بالجنس الآخر، كالخوف من الامتحانات ومن الرسوب فضلاً عن ازدياد الثقة بالنفس وغير ذلك. (المرجع السابق).

وفي تعليق الباحثين على ذلك أكدا أنه ليس ضرورياً للتقليل من آثار القلق في موضوع معين أن تقوم بتغيير الشخصية ككل كما يزعم علماء التحليل النفسي، كما أن من الممكن التخلص من كثير من المشكلات المماثلة بتدعيم الذات عندما تنجح في تحقيق الاهداف المرسومة.

وقد سجل «ألبرت أليس» الذي عرضنا لنظريته في العلاج المنطقي في الفصل السابق نجاحاً ملحوظاً في تشجيع مرضاه على استخدام المكافأة أو الاثابة الذاتية عند النجاح في التخلص من الافكار والاتجاهات الانهزامية، ويقول في هذا الصدد:

«لقد نجحت شخصياً في مساعدة مرضاي في السنوات العشر الأخيرة على التخلص من المعتقدات غير المنطقية من خلال تشجيعهم على تدعيم أنفسهم بشيء مرغوب (كالطعام أو الشراب، أو الاتصال الجنسي) بعد أن ينجح الواحد منهم في الدحض المستمر للاعتقادات الخاطئة التي تتملكه وتؤدي للمرض والهزيمة، أو بعقاب أنفسهم بالتعرض لمنبه غير سار (كالقيام بالنظافة المنزلية، أو أداء تمرين رياضي ممل، أو المساهمة في نشاط جماعة أو حزب سياسي مخالف لقيم الشخص) وذلك إذا لم يقم الشخص منهم بالعمل على دحض معتقداته المرضية يومياً»[١].

وقد يتساءل القارىء، هل من الافضل أن تأتي المكافأة أو الاثابة عند النجاح في تحقيق هدف علاجي معين، من الخارج (الآباء والمعالجون، والمدرسون) أم من الذات. هنا أيضاً تفيد بضع دراسات في تقديم إجابة جيدة عن هذا السؤال: فقد تبين أن التدعيم الذاتي لا يقل فاعلية عن التدعيم البيئي أو الخارجي من حيث التأثير على تأكيد ظهور

السلوك التكيفي الجديد. أما إذا راعينا الفاعلية على المدى الطويل، فإن التدعيم الذاتي يتفوق على التدعيم من الخارج من حيث أنه يؤدي إلى آثار علاجية تستمر وقتاً أطول، مما لو كان مصدر التدعيم آتياً من البيئة. بل ان كثيراً من المعالجين يرون أن فاعلية التدعيمات البيئية تتوقف في الحقيقة على قدرة الشخص على أن يتحول بها إلى تدعيمات داخلية أو ذاتية، عندما يكون التقدم في العلاج مصدراً لسعادة الشخص وراحته الذاتية بدلاً من اسعاد أو ارضاء المعالج.

ويرتبط بالتدعيم الذاتي ما يسمى بعقاب الذات. وقد رأينا نموذجاً له في عبارة « أليس » التي سبق ذكرها تواً. فقد رأينا أنه كان يكلف مرضاه بواجبات منزلية ثقيلة عندما يفشل الواحد منهم في تحقيق الهدف المنشود للعلاج. وقد أمكن لأحد المعالجين السلوكيين في إحدى عيادات العلاج النفسي بأمريكا أن يستخدم أسلوب عقاب الذات في علاج عيوب الكلام واللجلجة، وذلك بأن ابتكر جهازاً يصدر أصواتاً منفرة (صفير حاد ومتقطع كالذي نسمعه على محطات الاذاعة قبل بدئها) إذا ما قام الشخص بالضغط على زرار معين مثبت بالجهاز. وقد تبين أن هذا الاسلوب قد نجح نجاحاً ملحوظاً في علاج اللجلجة إذا ما قام المريض بتشغيل الجهاز عندما يبدأ في التهتهة أثناء قراءته لموضوع معين بصوت عال. وقد أدى النجاح في استخدام هذا الجهاز إلى تعميمه بحيث أصبحت أمثال هذه الاجهزة تعطى للمرضى في المستشفيات لاستخدامها وتشغيلها في حالات الهلاوس السمعية والبصرية. كما أمكن تطوير أجهزة مماثلة تعطي صدمات كهربائية خفيفة ويمكن للشخص أن يديرها بنفسه عندما يتعرض لسيطرة تلك الجوانب المرضية من السلوك. ولقد أمكن على سبيل المثال اعطاء مريض فصامي كان يشكو من وجود هلاوس سمعية جهازاً سهل الحمل لتوجيه صدمات كهربائية خفيفة. وكانت التعليمات التي طلب من المريض تنفيذها هي أن يوجه لنفسه صدمة كهربائية حالما يسمع تلك الاصوات. وفي خلال بضعة أيام قرر المريض بأن تلك الهلاوس قد توقفت. فضلاً عن هذا، استطاع المريض الخروج من المستشفى بعد خمسة وثلاثين يوماً بعد أن توقفت تلك الهلاوس التي أدت به إلى الالتحاق بالمستشفى عدداً من المرات[١١].

وتقييمنا الخاص للدلائل المتوفرة الآن هو أن توظيف العناصر الذاتية ـ بما فيها الملاحظة الذاتية ومكافأة الذات أو عقابها في العلاج ـ قد أحرز قوة واضحة في السيطرة على كثير من الاضطرابات وبقليل من الجهد، وبتجنب كثير من المشكلات الخلقية التي قد يثيرها العلاج السلوكي بشكل عام.

والاسلوب الآخر الذي أود أن أناقشه هنا قبل أن نختتم الحديث عن أساليب العلاج

الذاتي يتعلق بما شرحناه في الفصل السابق، والمتعلق بالتعديل المعرفي. لقد حاولنا أن نعرض صورة أمينة عن تعديل أساليب التفكير والاتجاهات غير المنطقية، فتبين لنا أن هذا المجال من المجالات الواعدة في العلاج السلوكي. ولأن تعديل أساليب التفكير يعتبر بطبيعته أسلوباً من الاساليب التي تزداد فاعليتها إذا ما حاول الفرد ممارستها بوحي من ارادته الخاصة، فإن تحوير تلك الاساليب للاستخدام في ميدان العلاج الذاتي كان ميسوراً وحافلاً بكثير من الابتكارات والطرق الخلاقة.

من الافكار الاساسية في النظرية المعرفية أن الانسان يسلك بحسب ما يفكر. وفي ميدان ممارسة العلاج الذاتي ينصب جزء من دور المعالج على تدريب الاشخاص لتعديل محتوى أفكارهم (أي ما يقولونه لأنفسهم) في مواقف الحياة المختلفة، خاصة المواقف التي تستثير الاكتئاب، والقلق، والمخاوف، وعدم الثقة. إلخ. ذلك لأننا نعرف ـ مما عرضناه من قبل ـ أن كل تصرف عصابي كالقلق مثلاً من التعبير عن النفس أمام الآخرين، إنما يتأكد من خلال الافكار التي يرددها الشخص بداخله. فما يردده الشخص، ومجموع حواراته الداخلية مع النفس، هي التي تستثير شتى المشاعر في شتى المواقف. ولأمر ما تنبه الادباء والروائيون منذ القدم إلى ما تلعبه الحوارات الداخلية في توجيه الشخصية. إن مسرحيات «شكسبير» على سبيل المثال، تمتلىء بأنماط وشخصيات تمارس تلك الاحاديث الداخلية «المونولوجات» عند التعرض للكثير من جوانب النشاط كالعدوان (عند عطيل) والوشاية (عند اياجو) والاكتئاب (عند هاملت).

وفي ميدان العلاج الذاتي يطلب من الشخص أن يتبنى محتوى من العبارات الداخلية ذات الطابع التكيفي قبل تعرضه لمصادر القلق والاكتئاب، كأن يستعيض الشخص عن العبارة «إن ما سأقوله تافه ومثير للسخرية» قبل القائه لخطاب أو اعلانه عن رأي أمام مجموعة بعبارة ذات محتوى تكيفي مثل «لا بأس من الكلام، ولا يهم ما سأقوله، بل يجب أن أقوله».

ومن الطرق المرتبطة بأسلوب تعديل المحتوى الفكري والحوار الداخلي، ما يسمى بالايقاف المتعمد للأفكار غير المرغوبة. إذ يطلب المعالج من طالب العلاج أن يفكر بطريقة متعمدة في الفكرة التي تسبب له التعاسة والضيق (إنني إنسان غير مفيد، أو أن أهلي يريدون التخلص مني، أو إنني فقدت جاذبيتي وقدرتي على التأثير في الآخرين.. إلخ). ثم يطلب منه بعد ذلك أن يشير بأصبعه عندما تكون الفكرة قد تبلورت. وفور ظهور الاشارة الدالة على تكون الفكرة وتبلورها يهتف المعالج «توقف الآن عن هذا». وتبين الحالات التي استخدمت معها هذه الطريقة أن الفكرة التي تتكون عندما يهتف

المعالج « توقف » تختفي من الذهن.

أما لماذا تختفي الفكرة أو التصور المرضي عندما يأتي الامر بالتوقف، فالأمر بسيط وسبق أن أشرنا إلى المبدأ الذي يفسره، ولكن في إطار آخر. لقد سبق أن تحدثنا عما يسمى بمبدأ الكف المتبادل، وبينا أن الشخص لا يمكن أن يكون قلقاً ومطمئناً في وقت واحد، أي أنه لا يمكن أن يشعر بشعورين متناقضين في نفس الوقت. ولهذا فنحن نعلمه أن يسترخي عندما يواجهه تهديد نفسي معين. وهدا الاسترخاء يكف قلقه أو تخوفه الذي اعتاد أن يواجه به مثل هذه التهديدات.

ونفس الامر ينطبق هنا على مجالات التفكير. فالشخص لا يمكن أن يفكر في فكرتين في وقت واحد، أي فكرته المرضية وتركيزه على صوت المعالج وهو يهتف: توقف! وبالطبع من الممكن استخدام هذا الاسلوب ذاتياً باستبدال أوامر المعالج بأوامر من الذات. وقد سجل « وولبي » نجاحاً عندما طبق هذا الاسلوب على نفسه، إثر تعرضه لمشكلة قانونية مع شخص آخر، وبعد أن أمكن تذليلها صباح أحد الايام. ففي نفس اليوم تملكته بعض الافكار، وسيطرت عليه بعض الوساوس بأنه عالج المسألة بطريقة خرقاء. لقد أخذت هذه الفكرة تشغل ذهنه، وتستغرق تفكيره طوال اليوم. لهذا حاول في مساء نفس اليوم أن يقوم بعملية علاج ذاتي بأسلوب بلورة الفكرة التي تبعث على الضيق « معالجة المشكلة بطريقة خرقاء »، مع الهتاف العالي « توقف ». وفي تعليق وولبي على ذلك يقول « بالرغم من أن الاسلوب لم يثمر معي في البداية ربما بسبب سيطرة انفعالي الشديد وضيقي بالموقف، فإنه أمكن لي أن أحقق نجاحاً كاملاً في اليوم التالي. لقد أزيلت وساوسي وانمحت تماماً »[١٢].

تلك إذاً هي بعض الوسائل المستخدمة على نطاق واسع لمساعدة الناس على توجيه ذواتهم وتعديل جوانب سلوكهم، وأفكارهم واتجاهاتهم، وانفعالاتهم بحيث تمكن السيطرة على كثير من أفعال القلق والخوف والاكتئاب وغيرها من اضطرابات قد استنتجنا - دون شك - آثارها المدمرة على حياة الانسان. وهناك الكثير من هذه الاساليب ولكنها أكثر تعقيداً من الناحية التكنيكية بما لا يناسب هذا المجال.

أما وقد أصبحت لدينا الآن بعض الحقائق الرئيسية عن هذا الميدان فقد بقي تعليق أو تعليقان يتطلبان الاضافة.. فمن ناحية قد تأخذ هذه الاساليب مظهر البساطة والهزل، لكن فاعليتها لن تظهر على الاطلاق ما لم تحمل محمل الجد الخالص، والجهد في تنفيذها. عندئذ ستتحول بساطتها الظاهرة إلى أمر مستساغ ومفيد.

ثم ان هناك بعض الجوانب الايجابية التي صاحبت ظهور أساليب العلاج الذاتي. فمن ناحية لا يقتصر استخدام هذه الطرق على حالات المرضى أو المحجوزين في المستشفيات، أو

الذين يذهبون للأطباء النفسيين طلباً للعلاج من المخاوف المرضية المحددة، بل انها تستخدم بنجاح كبير في مختلف أنواع الاضطرابات وسوء التكيف طالما وجد الدافع للتغيير.

وبالنظر إلى تلك الاساليب على أنها مظهر من مظاهر التطور في حركة العلاج السلوكي، أصبح من الواضح أنه لن تكون هناك مشكلات أخلاقية تثار ضد العلاج السلوكي بنفس الحدة التي كانت تثار بها منذ سبع أو عشر سنين. فالشخص الذي يمارس هذه الاساليب يأتي طالباً المشورة شخصياً كما أنه يتصرف وفقاً لارادته الخاصة الحرة. إنه يأتي وهو مستعد لأن يفعل ما يستطيع لكي يتخلص من تعاسته. وهو عندما يمارس هذه الاساليب يمارسها دون ضغط من المعالج، ودون أن يزج شخص خارجي (ولو كان المعالج النفسي) بقيمه واتجاهاته بطريقة قد تكون مصدراً للتحوطات الخلقية.

وعلى أية حال فنحن نشعر بالرضا التام إن كنا قد نجحنا في أن نقدم في هذا الكتاب للقارىء ما يكفي أن يطلعه على صورة من الانتصار العلمي في ميدان كان من العسير- بسبب تاريخ طويل من الخرافة أحياناً، والخداعات شبه العلمية أحياناً أخرى- أن يقدم العلم فيه انتصاراً مماثلاً لانتصاراته في الميادين الأخرى.

ورغم أن النصر قد يبدو ضئيلاً إذا ما قيس بالمشكلات المثيرة للتحدي، التي تطرحها الحياة بدأب، فإننا نعتقد أن جهد المحاولة، وبعض النتائج المتجمعة، تبشر بأن خطانا قد وضعت في الطريق الصحيح، أجل الطريق الصحيح ليس أكثر!.

مراجع وتعليقات

١ - للاطلاع على نظريات وآراء «كارل روجرز» يمكن الرجوع من بين عشرات المؤلفات والكتب إلى الكتابين الآتيين اللذين احتويا على أفكاره الرئيسية:

٢ - A. – Rogers, C. **Counseling and Psychotherapy: Newer Concepts in Practice. Boston**: Houghton, 1942.

B. – Rogers, C. **Client – Centerapy: Its current implications, and theory** – Boston: Houghton, 1951.

٣ - – Bandura, A. **Principles of behavior modification:** New York: Holt, 1969.

٤ - – Skinner, B. F. **Science and human** New York: Macmilan, 1953.

٥ - – Cautela, J. R. Treatment of compulsive behavior by covert sensitization. **Psychological Record.** 1966, 16, 33 – 41.

٦ - – Cautela, J. R. Behavior therapy and self – control. In c. Franks and co. Wilson (eds.) **Behavior therapy: Appraisal and status.** New York: Mc – Graw – Hill, 1969 (pp.323. 340).

٧ - – Hagen, R. Behavioral therapies and the treatment of schizophrenics. **Schizophrenia Bulletin,** 1975, 13, pp. 70 – 96.

٨ - أنظر المرجع السابق للمزيد عن تفاصيل حالة المرأة ذات الهلاوس وما أثارته من نشاط في مجال العلاج النفسي.

– Gutman, M. & Marston, A. Problems of subject's motivation in a behavioral Program for the reduction of cigarette smoking. **Psychological Reports,** 1967, 20, 1107 – 1114.

– Ellis, A. **The essence of rational Psychotherapy: A Comprehensive approach to treatment.** New York: Institute for Rational Living, 1970.

١١ - عن تأثير العقاب والصدمات الكهربائية - الذاتية في علاج الفصام أنظر: Hagen, R. op.cit., 1975.

١٢ - أنظر في ذلك مرجع ولبي:

– Wolpe, J. & Lazarus, A. **Behavior therapy techniques.** New York: Pergamon, 1966.

كذلك للمزيد عن أساليب الضبط الذاتي وتوظيف العلاج السلوكي في ميدان العلاج الذاتي أنظر:

– Mahoney, M. J. Clinical issues in self – control training. Paper presented at the American Psychological Association, Montreal, August. 1973.

– Mahoney, M. J. Toward an analysis of coverant control. **Behavior Therapy,** 1970, 1, 510: 521.

– Mahoney, M. J. & Thoresen C. F. **Self – control: Power to the Person.** Belmont, Calif: Brooks / Cole, 1974.

محتويات الكتاب